

CUIDADO É FUNDAMENTAL

Escola de Enfermagem Alfredo Pinto – UNIRIO

PESQUISA

DOI: 10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10795

QUALIDADE DE VIDA SEGUNDO COMORBIDADES MAIS PREVALENTES EM IDOSOS COM O VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

Quality of life according to the most prevalent comorbidities in the elderly with the acquired immunodeficiency virus

Calidad de vida según las comorbilidades más prevalentes en el anciano con el virus de la inmunodeficiencia adquirida

Kydja Milene Souza Torres de Araújo¹ 

Márcia Carréra Campos Leal² 

Ana Paula de Oliveira Marques² 

Suelane Renata de Andrade Silva³ 

Givânia Bezerra de Melo¹ 

Rosilene Santos Baptista¹ 

RESUMO

Objetivo: avaliar a qualidade de vida segundo as comorbidades mais prevalentes em idosos com HIV. **Método:** estudo transversal realizado com 241 idosos de ambos os sexos usuários dos serviços de referência para acompanhamento do paciente com HIV. Os dados foram obtidos por meio da entrevista face a face com o preenchimento de um questionário sociodemográfico e clínico além do HIV/AIDS *Target-Quality of life*. **Resultados:** as três comorbidades mais prevalentes foram hipertensão, diabetes e osteoporose e dentre todas as comorbidades encontradas, apenas a hipertensão e o diabetes não apresentaram diferença estatisticamente significativa com nenhuma das dimensões do HIV/AIDS *Target-Quality of life*. **Conclusão:** osteoporose e osteoartrose são as comorbidades que tem impacto em mais dimensões da qualidade de vida.

DESCRITORES: Qualidade de vida; Comorbidade; Idoso; Idoso de 80 anos ou mais; HIV.

¹Universidade de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

²Universidade Federal de Pernambuco, Recife, PE, Brasil.

³Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB, Brasil.

Recebido em: 05/01/2021; Aceito em: 11/08/2021; Publicado em: 10/02/2022

Autor correspondente: Kydja Milene Souza Torres de Araújo, Email: kydjamileny@hotmail.com

Como citar este artigo: Araújo KMST, Leal MCC, Marques APO, Silva SRA, Melo GB, Baptista RS. Qualidade de vida segundo comorbidades mais prevalentes em idosos com o vírus da imunodeficiência adquirida. *R Pesq Cuid Fundam* [Internet]. 2022 [acesso ano mês dia];14:e10795. Disponível em: <https://doi.org/10.9789/2175-5361.rpcfo.v14.10795>



ABSTRACT

Objective: to assess quality of life according to the most prevalent comorbidities in elderly people with HIV. **Method:** cross-sectional study carried out with 241 elderly people of both sexes, users of reference services for monitoring HIV patients. The data were obtained through a face-to-face interview by completing a sociodemographic and clinical questionnaire in addition to the HIV / AIDS Target-Quality of life. **Results:** the three most prevalent comorbidities were hypertension, diabetes and osteoporosis and among all the comorbidities found, only hypertension and diabetes did not show a statistically significant difference with any of the dimensions of HIV / AIDS Target-Quality of life. **Conclusion:** osteoporosis and osteoarthritis are comorbidities that have an impact on more dimensions of quality of life.

DESCRIPTORS: Quality of life; Comorbidity; Aged; Aged 80 and over; HIV.

RESUMÉN

Objetivo: evaluar la calidad de vida según las comorbilidades más prevalentes en ancianos con VIH. **Método:** estudio transversal realizado con 241 ancianos de ambos sexos, usuarios de servicios de referencia para el seguimiento de pacientes con VIH. Los datos se obtuvieron a través de una entrevista presencial mediante la cumplimentación de un cuestionario sociodemográfico y clínico además de la HIV/AIDS Target-Quality of life. **Resultados:** las tres comorbilidades más prevalentes fueron hipertensión, diabetes y osteoporosis y entre todas las comorbilidades encontradas, solo la hipertensión y la diabetes no mostraron diferencia estadísticamente significativa con ninguna de las dimensiones de HIV/AIDS Target-Quality of life. **Conclusión:** la osteoporosis y la osteoartritis son comorbilidades que repercuten en más dimensiones de la calidad de vida.

DESCRIPTORES: Calidad de Vida; Comorbilidad; Anciano; Anciano de 80 o más Años; VIH.

INTRODUÇÃO

Estudos sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com o HIV vem sendo desenvolvidos desde o início da epidemia. Os avanços no tratamento, o desenvolvimento de novas drogas e a combinação de antirretrovirais possibilitou uma melhoria significativa na qualidade de vida desses indivíduos, trazendo consigo como um dos benefícios o aumento da sobrevida, possibilitando assim que essas pessoas alcancem a terceira idade. Dados do Ministério da Saúde mostram que entre os anos de 2007 a 2017 foram registrados mais de 5.600 novos casos desse agravo no público da terceira idade e nessa perspectiva tem-se uma projeção de que em 2030 mais de 70% das pessoas que vivem com o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) terão idade igual ou superior a 50 anos.¹

Sabe-se que o avançar da idade vem naturalmente acompanhado pelo risco de acometimento por multimorbidades além de alterações na imunidade, e nessa perspectiva, levando-se em consideração as modificações que ocorrem no organismo humano após ser infectado, compreende-se que o HIV na terceira idade pode implicar em maiores riscos à saúde do indivíduo devido alguns aspectos: maior predisposição ao surgimento de infecções oportunistas;² devido à ativação imune persistente tem-se um elevado risco de desenvolvimento de eventos cardiovasculares; o uso contínuo da terapia anti-retroviral provoca maior risco de alterações metabólicas, hipercolesterolemia dentre outros.³

Assim, partindo-se desse pressuposto, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida segundo as comorbidades mais prevalentes em idosos com HIV. Este conhecimento poderá facilitar na tomada de decisões ao estabelecer prioridades de acompanhamento e tratamento das comorbidades que interferem negativamente na qualidade de vida, bem como possibilitará um

campo de diálogo entre profissionais, pacientes e familiares para que se busque as melhores intervenções visando a melhoria da qualidade de vida.

MÉTODO

Trata-se de um estudo de corte transversal com abordagem quantitativa realizado em Recife-PE, Brasil. A população do estudo foi composta por pessoas de ambos os sexos com idade igual ou superior a 60 anos com diagnóstico positivo para HIV usuárias dos serviços públicos de referência para acompanhamento de pacientes que vivem com o HIV. Após o cálculo final com uso do Fator de Correção de População Finita (FCPF), foi identificada a necessidade de entrevistar 241 indivíduos na faixa etária estabelecida. Sete estabelecimentos, dentre os oito serviços de referência para tratamento e acompanhamento do paciente com HIV em Recife-PE foram selecionados como campo para a coleta dos dados.

Foi determinado como critério de inclusão “estar fazendo uso da terapia antirretroviral há no mínimo 30 dias” e como critério de exclusão o “nível cognitivo insatisfatório de acordo com os anos de estudo” verificado através do Mini-exame do estado mental. Ressalta-se que neste estudo foi utilizada a versão de Brucki et al⁴ onde os valores de referência são definidos pelos anos de estudo: analfabeto (20 pontos); 1 a 4 anos de estudo (25 pontos); 5 a 8 (26,5 pontos); 9 a 11 (28 pontos) e mais de 11 anos de estudo (29 pontos).

Utilizou-se um questionário estruturado com questões sociodemográficas e clínicas além da escala para avaliação da qualidade de vida “HIV/AIDS Target Quality of Life (HAT-Qol)”. Os dados foram coletados através dos prontuários e da entrevista individual face a face no período de outubro de 2016 a maio de

2017 somente nos dias úteis da semana, pela manhã e a tarde. Para análise dos dados inicialmente foi criada uma planilha no Excel® e posteriormente os dados foram transferidos para um banco de dados definitivo através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) 22.0. A análise dos dados foi dividida nas etapas descritas a seguir:

1) Caracterização do perfil sociodemográfico e clínico. As variáveis investigadas no perfil sociodemográfico foram: sexo; idade (60 a 64 anos 11 meses e 29 dias, 65 a 69 anos 11 meses e 29 dias, ≥ 70 anos); escolaridade em anos de estudo (analfabeto, 01 a 04 anos, 05 a 08 anos, 09 a 11 anos e mais de 11 anos de estudo); situação conjugal (solteiro(a), casado(a) ou união estável, viúvo(a), separado(a) ou divorciado(a)); rendimento mensal individual baseado no salário mínimo vigente no momento da coleta (sem renda ou com renda < 1 salário, 1 a 2 salários, 3 a 4 salários e > 4 salários); raça autodeclarada (branca, preta, parda); religião (católica, evangélica, espírita ou outras e sem religião declarada). Para caracterização do perfil clínico foi realizada a investigação sobre o tempo de diagnóstico do HIV e sobre a presença de comorbidades através dos registros nos prontuários ou através do relato dos entrevistados.

2) Caracterização das dimensões do HAT-Qol (função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança no profissional que realiza seu acompanhamento clínico e função sexual) e avaliação da qualidade de vida segundo as comorbidades mais prevalente identificadas através dos prontuários e dos relatos dos entrevistados. Vale ressaltar que cada domínio do HAT-Qol tem um escore que varia de zero (0) a cem (100) e quanto maior o valor, melhor a qualidade de vida naquela dimensão.

Foi utilizada estatística descritiva para a caracterização do perfil sociodemográfico e clínico e para os escores encontrados nos domínios do HAT-Qol foram descritas as médias. Foi utilizado o Teste de Shapiro-Wilk para verificação da normalidade da amostra, porém não foi encontrada normalidade em nenhuma das variáveis investigadas. Neste sentido, como as variáveis foram divididas em grupos, a exemplo do “tempo de diagnóstico” que foi classificado em cinco categorias, utilizou-se o teste não paramétrico de Kruskal-Wallis (utilizado quando a comparação ocorre entre três grupos ou mais) e de Mann-Whitney (utilizado quando a comparação ocorre entre dois grupos) para testar a hipótese de que os grupos analisados tinham distribuição igual.

Porém, dentre os grupos comparados, optou-se por identificar quais apresentavam diferenças entre si. Para isso, foi utilizado o teste de comparações múltiplas de Campbell e Skillings.⁵ Ressalta-se que para todos os testes utilizados considerou-se um nível de significância de 5%. Este estudo é parte integrante do projeto “Identificação do Perfil social e epidemiológico dos idosos infectados pelo HIV/AIDS assistidos em serviços de referência” que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa, em 01 de setembro de 2016, número de parecer: 1.707.441, CAAE nº 57919716.0.0000.5208, obedecendo assim às recomendações éticas da Resolução 466/2012.

RESULTADOS

Foram entrevistadas 241 pessoas idosas com HIV, dentre estas 151 eram do sexo masculino, 131 encontravam-se com idade entre 60 e 64 anos 11 meses e 29 dias, 69 frequentaram a escola por 1 a 4 anos, 83 declararam-se solteiros, 134 tinham como rendimento mensal individual o equivalente a 1 ou 2 salários mínimos vigente no período do estudo (novecentos e trinta e sete reais – R\$ 937,00), 147 se autodeclararam pardos e 125 eram adeptos ao catolicismo. Quanto ao perfil clínico, 44 declararam ter recebido o diagnóstico positivo para HIV nos últimos 10 ou 15 anos, sendo que foi identificada uma variação onde o diagnóstico mais recente foi há 6 meses antes do início da pesquisa e o mais tardio há 30 anos.

Sobre as comorbidades prevalentes, segundo dados coletados nos prontuários e relatado pelos entrevistados, em primeiro lugar esteve a hipertensão arterial sistêmica (HAS) presente em 94 pessoas (41,4%), sendo mais prevalente nas mulheres. Em segundo lugar esteve o diabetes mellitus (DM) em 59 indivíduos (26,1%) seguido da osteoporose em 31 pessoas (13,8%), sendo esta última mais prevalente no sexo feminino. Além destas também foi identificado depressão em 5 pessoas (5,4%), osteoartrite em 26 (11,5%), problemas cardiovasculares em 24 (10,7%), neurológicos em 24 (10,7%), respiratórios em 11 (4,9%) e tabagismo conforme a Tabela 1.

Ao avaliar a qualidade de vida segundo as comorbidades, foi identificado que aqueles que não tinham HAS apresentaram uma melhor qualidade de vida nas dimensões “função geral, satisfação com a vida, preocupações financeiras e função sexual”. Além disso, não houve diferença estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões com a HAS. Em contrapartida, o fato de não ter diabetes resultou em maiores médias em todas as dimensões, com exceção da “preocupações com a medicação”. Porém, também não foi observada nenhuma diferença estatisticamente significativa entre as dimensões do HAT-Qol com a comorbidade diabetes conforme a Tabela 2.

Quando foi realizada a avaliação do ponto de vista das doenças cardiovasculares foi identificado diferença estatisticamente significativa nas dimensões “satisfação com a vida, preocupações com o sigilo e confiança no profissional”. Foi observado que a presença de doenças cardiovasculares resultou em médias mais baixas nas dimensões “preocupações com a saúde e função sexual”. Em relação à osteoporose, foi identificada diferença estatisticamente significativa na “função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde e função sexual”, sendo que dentre

Tabela 1 – Caracterização dos participantes segundo o tabagismo. Recife, PE, Brasil, 2021

Tabagismo	Total	
	N	%
Nunca fumou	96	39,8%
Ex-fumante	105	43,6%
Fumante	40	16,6%

todas as dimensões avaliadas, a menor média foi encontrada em “aceitação do HIV” conforme a Tabela 2.

Sobre a osteoartrose, percebe-se médias mais baixas em “aceitação do HIV, preocupação com o sigilo e confiança no profissional”, além de uma diferença estatisticamente significativa na “função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde e preocupações com a medicação”. Quanto às doenças neurológicas, essa diferença foi observada apenas na “satisfação com a vida, preocupação com a saúde e preocupação financeira”, contudo, as menores médias foram observadas na “confiança no profissional e função sexual” conforme a Tabela 2.

Sobre as doenças respiratórias, as menores médias foram identificadas na “função geral, satisfação com a vida e confiança no profissional”, não sendo encontrada diferença estatisticamente significativa em nenhuma das dimensões avaliadas. Quanto à depressão, nota-se que os idosos depressivos apresentaram menores médias na maioria das dimensões quando comparados aos que não tinham depressão. Nesta variável somente foi encontrada diferença estatisticamente significativa na dimensão “preocupações com o sigilo”, diferentemente do tabagismo, onde a diferença foi encontrada apenas na função sexual conforme a Tabela 2.

Os que nunca fumaram apresentaram melhores médias na função geral, preocupações financeiras, preocupações com a medicação e confiança no profissional, enquanto que os ex-fumantes apresentaram a média mais alta em “preocupações com a saúde”. Em relação aos fumantes, foi observado que apresentaram maiores médias nas seguintes dimensões: satisfação com a vida, aceitação do HIV, preocupação com o sigilo e função sexual. Quando utilizado o teste de comparações múltiplas observou-se que os que nunca fumaram apresentaram diferença estatisticamente significativa em relação aos ex-fumantes e fumantes conforme a Tabela 2.

Em relação ao tempo de diagnóstico identificou-se que aqueles que tinham sido diagnosticados há mais de 20 anos obtiveram as melhores médias em sete das nove dimensões avaliadas. Foi identificada diferença significativa nas dimensões “preocupações financeiras e aceitação do HIV”, mas após análise com teste de comparações múltiplas essa diferença foi mantida apenas nesta segunda, na qual, foi observado que aqueles que tinham recebido o diagnóstico há menos de cinco anos apresentaram um resultado inferior em comparação aos demais conforme a Tabela 2.

DISCUSSÃO

Nota-se a prevalência do sexo masculino e de uma faixa etária de idosos jovens que afirmaram em sua maioria serem solteiros.⁶ Sobre a escolaridade, um dado chama atenção embora a maioria tenha frequentado a escola por no máximo quatro anos: dentre os analfabetos a maioria foi composta por mulheres e dentre os que frequentaram a escola por período igual ou superior a onze anos, a maioria foi composta por homens. Essa diferença no nível de escolaridade entre homens e mulheres infectados pelo HIV pode ser observada desde os primeiros casos notificados no Brasil.⁷

Essa diferença pode repercutir diretamente na renda, o que de fato foi observado neste estudo. Embora a maioria tenha relatado

ter uma renda mensal individual que varia de um a dois salários mínimos, a maioria dos que tem renda superior a quatro salários é composta pelo sexo masculino. Nota-se assim uma discrepância econômica considerável entre homens e mulheres, a qual, segundo informações publicadas em 2016 pelo Relatório de Desigualdade Global de Gênero, levará um período de aproximadamente 170 anos para que seja sanada. Vale ressaltar que os eixos avaliados por este relatório publicado anualmente são: acesso à educação; saúde e sobrevivência; empoderamento político e oportunidade econômica. O objetivo dessa publicação é analisar anualmente o processo de progressão da paridade entre os sexos.⁸

A prevalência de pardos e católicos neste estudo assemelha-se ao perfil nacional do HIV.⁹ Dados semelhantes também foram encontrados no estudo de Cunha et al., o que implica dizer que a religiosidade e a espiritualidade nas pessoas que vivem com o HIV configuram como um mecanismo de suporte para o seu enfrentamento, uma vez que para essas pessoas o ato de buscar a Deus lhes ajuda a suportar as dificuldades impostas pela doença através das expectativas positivas que a fé lhes proporciona, aliviando assim o sofrimento emocional e promovendo uma melhoria positiva na qualidade de vida e no comportamento.¹⁰

Além dos benefícios da espiritualidade e religiosidade no conviver com o HIV, um outro elemento que trouxe benefícios para essas pessoas é a terapia antirretroviral (TARV). Seus benefícios podem ser observados no tempo de sobrevida (fato que pôde ser comprovado neste estudo, onde foram encontrados pacientes com mais de 20 anos de diagnóstico) na prevenção de infecções oportunistas, na prevenção da progressão para a AIDS em si. Contudo, assim como todo medicamento, a TARV além dos vários benefícios também pode provocar eventos indesejados que podem estar relacionados ao seu uso prolongado e consequentemente à toxicidade ou ao aparecimento de afecções virais resistentes.¹¹

Vale ressaltar que o avançar da idade, na maioria das vezes, vem acompanhado de múltiplas alterações físicas, psíquicas e orgânicas que podem provocar um maior risco no aparecimento de comorbidades, sobretudo naqueles indivíduos que fazem uso da TARV. Hipercolesterolemia, intolerância à glicose dentre outras alterações metabólicas são exemplos de comorbidades. Em se tratando de pessoas idosas, percebe-se um aumento na incidência das doenças cardiovasculares que além de ter o fator “idade” como uma das causas, tem também a lesão endotelial causada pela ativação persistente do sistema imune em resposta à infecção.³

Além destas, também ocorrem as alterações bioquímicas no metabolismo ósseo predispondo o indivíduo à osteoporose.¹² Tais fatos justificam as três principais comorbidades encontradas neste estudo: hipertensão, diabetes e osteoporose. Uma outra comorbidade identificada neste estudo, mas que não esteve entre as três primeiras, foi a depressão. Esta foi mais comum no sexo feminino e pode ser explicada pelas alterações hormonais específicas da fase além do estigma causado pelo HIV.¹³ Mesmo levando em consideração que a maioria dos participantes declarou-se como ex-fumante, diferentemente das mulheres, dentre aqueles que fumam estão mais presentes os homens, sendo

Tabela 2 – Caracterização da qualidade de vida segundo as comorbidades mais prevalentes segundo relatos dos entrevistados e informações dos prontuários. Recife, PE, Brasil, 2021

	Função geral		Satisfação com a vida		Preocupações com a saúde		Preocupações financeiras		Preocupações com a medicação		Aceitação do HIV		Preocupações com o sigilo		Confiança no profissional		Função sexual		
	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	
HAS**																			
Ausente	75,7 (21,3)	75,3 (22,2)	82,9 (25,6)	60,9 (32,9)	85,8 (20,2)	79,1 (31,8)	49,3 (28,9)	74,6 (28,9)	57 (42,6)										
Presente	72,8 (25,5)	75,1 (25,6)	83,2 (23,2)	59,3 (36,8)	87,6 (19,2)	83 (30,2)	50,1 (29,9)	79,3 (26,8)	48,9 (41,4)										
Valor de p	0,664	0,637	0,658	0,929	0,658	0,3	0,86	0,344	0,154										
DM**																			
Ausente	75,8 (22,5)	77,6 (20,9)	83,2 (25,6)	60,2 (33,8)	86 (20,6)	81,5 (30,1)	50,1 (29)	77,2 (28,3)	56 (42,2)										
Presente	70,6 (24,7)	68,1 (28,9)	82,4 (21,9)	59,9 (36,2)	87,9 (17,1)	78,2 (34,2)	49 (30,1)	74,3 (27,3)	46,2 (41,6)										
Valor de p	0,125	0,061	0,28	0,942	0,919	0,858	0,703	0,314	0,129										
DCV**																			
Ausente	75,1 (22,5)	76,6 (22,9)	82,6 (25,3)	61,4 (34)	86,8 (19,9)	81,4 (30,5)	51,3 (28,9)	78 (28)	52,8 (42,5)										
Presente	67,5 (28,2)	63,8 (26,9)	84,9 (19,6)	49,7 (35,8)	84 (19,3)	72,4 (36,5)	38,3 (30,3)	65,3 (26,1)	59,9 (39,7)										
Valor de p	0,253	0,018	0,779	0,139	0,601	0,135	0,042	0,019	0,485										
Osteoporose**																			
Ausente	76,1 (22,2)	77 (22,4)	84,1 (24,2)	61,2 (34,5)	87,4 (19)	80,3 (31,2)	50,6 (29,4)	77,5 (27,2)	56,3 (41,6)										
Presente	63,4 (26,5)	65,1 (28,6)	75,8 (26,8)	54,6 (33,5)	81,3 (24,1)	81,9 (31,8)	44,8 (28,4)	72 (32,2)	38,3 (43,7)										
Valor p	0,009	0,034	0,029	0,252	0,116	0,541	0,316	0,495	0,034										
Osteoartrrose**																			
Ausente	76 (22,3)	76,6 (22,8)	84,2 (24)	61,5 (34,2)	87,6 (18,9)	80,2 (31)	49,4 (29,1)	76,5 (28,1)	55,4 (41,6)										
Presente	63,5 (27,3)	64,9 (26,8)	74,3 (28,1)	51 (35,1)	78,8 (24,4)	85,1 (32,2)	52,5 (30,5)	77,6 (27)	39,9 (45,1)										
Valor de p	0,022	0,033	0,023	0,124	0,039	0,316	0,637	0,842	0,113										
Doenças neurológicas**																			
Ausente	75 (22,9)	76,2 (23,3)	83,8 (24,3)	61,1 (34,4)	86,9 (19,6)	81,2 (30,3)	50 (28,9)	76,6 (28,1)	53,3 (42,3)										
Presente	61 (27,4)	57,4 (24)	65,3 (26,7)	41,7 (28,4)	78,6 (22,7)	65,9 (46,1)	47,7 (37,6)	78 (26,4)	58 (40,8)										
Valor de p	0,065	0,009	0,005	0,047	0,126	0,383	0,794	0,99	0,696										
Doenças respiratórias**																			
Ausente	74,1 (23,6)	75,3 (23,8)	83,2 (24,2)	60,5 (34,3)	86,5 (19,7)	80,7 (30,8)	50,5 (29,2)	76,4 (27,9)	54,2 (42,3)										
Presente	75,8 (11,8)	78,1 (19,2)	76,3 (35,9)	55 (36,5)	86 (24,7)	73,8 (41,9)	32 (24,4)	86,7 (26,7)	42,5 (40,9)										
Valor de p	0,597	0,953	0,837	0,584	0,85	0,789	0,06	0,226	0,35										

Tabela 2 – Cont.

	Função geral	Satisfação com a vida	Preocupações com a saúde	Preocupações financeiras	Preocupações com a medicação	Aceitação do HIV	Preocupações com o sigilo	Confiança no profissional	Função sexual
	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**	Média (DP)**
Depressão**									
Ausente	75,3 (22,6)	75,2 (23,6)	83,3 (23,9)	60,7 (34)	86,9 (19,6)	81,3 (30,2)	50,2 (29,4)	76,1 (27,8)	54,2 (41,9)
Presente	57,3 (27,7)	76,6 (24,3)	75 (36,3)	49,3 (39,3)	78,8 (22,5)	65,6 (45)	44,6 (29)	86,8 (30,9)	41,7 (46,9)
Valor de p	0,557	0,624	0,252	0,913	0,576	0,378	0,024	0,617	0,362
Tabagismo***									
Nunca fumou	75,3 (24,4)	72 (26,2)	83,7 (21,9)	63,1 (33,8)	86,8 (17,6)	81 (29,1)	50,1 (28,4)	77,3 (26,6)	41^{ab} (42,3)
Ex-fumante	74,2 (20,8)	74,1 (22)	84 (24,8)	58,2 (34,5)	85,9 (20,9)	79,5 (32,5)	46,3 (28,7)	73,9 (28)	62,3^c (39,9)
Fumante	71,9 (24,2)	77,8 (22,2)	78,3 (26,7)	52,5 (32,8)	86,5 (20,8)	82,8 (29,2)	57,1 (28,6)	70,6 (33,4)	65^b (39,2)
Valor de p	0,53	0,55	0,349	0,218	0,708	0,887	0,159	0,624	0,001
Tempo de diagnóstico***									
<5	72,6 (20,7)	72,4 (24,1)	75,8 (28,6)	53,1 (34,6)	82,4 (19,1)	65,8^{abc} (34,3)	41,8 (29,1)	68 (31,9)	47,4 (41,6)
5 — 10	70,6 (25,3)	67,7 (26)	78,9 (27)	52,1 (32,8)	84,9 (22,1)	86^a (24,7)	48,8 (30,9)	75,4 (29,8)	52,9 (46,1)
10 — 15	74,7 (21,8)	71,6 (23,4)	84,3 (22,6)	57,5 (34,2)	87,2 (18,5)	79,1 (32,6)	53,1 (25,6)	77,6 (25,9)	59,9 (41,4)
15 — 20	75,6 (21,8)	79,8 (20,9)	85,5 (22,7)	63,8 (35,1)	86,6 (19,5)	84,2^c (28,2)	49,2 (29,3)	72,3 (32)	56,1 (41,9)
≥ 20	77,8 (26,2)	80 (23,7)	89,6 (16,2)	73,3 (28,8)	90,8 (19,3)	89,6^c (25,9)	52 (31,3)	78,9 (20,1)	47,1 (38,7)
Valor de p	0,4	0,051	0,184	0,049	0,198	0,002	0,364	0,558	0,402

*DP= Desvio Padrão ** Teste de Mann-Whitney *** Teste Kruskal-Wallis ^{a,b,c} Determinam os grupos de similaridade

este um comportamento que pode estar associado à diversão, liberdade e irreverência.¹⁴

Ao avaliar a qualidade de vida segundo as comorbidades mais prevalentes neste estudo, nota-se que esta variável não sofreu interferência do diabetes ou da hipertensão em nenhuma dimensão. Tal achado pode estar associado ao fato de que, mesmo sendo doenças crônicas de caráter progressivo, elas podem ser controladas com medicamentos acessíveis e com a adoção de hábitos saudáveis, e se um indivíduo adota um estilo de vida saudável a repercussão nas dimensões relacionadas à sua qualidade de vida poderão ser positivas. Em contrapartida, todas as demais comorbidades identificadas apresentaram diferença significativa em uma ou mais dimensões, o que implica dizer que no presente estudo, com exceção do diabetes e da hipertensão, as demais comorbidades encontradas interferem na qualidade de vida.

Dentre estas, as que apresentaram diferença significativa com mais dimensões foram as relacionadas a problemas ósseos: osteoporose e a osteoartrite. Estas mostraram influência na função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações com a medicação e função sexual. Em seguida, identificam-se as doenças cardiovasculares com repercussão na satisfação com a vida, preocupações com o sigilo e confiança no profissional e as doenças neurológicas com repercussão na satisfação com a vida, preocupações com a saúde e preocupações financeiras.

Como citado, a TARV provoca alterações no metabolismo ósseo predispondo o indivíduo ao desenvolvimento de problemas nesse sistema. Dentre as alterações observa-se a desmineralização óssea, consequência de fatores pessoais (idade, sexo, hereditariedade, etnia, tabagismo, fatores nutricionais, etilismo, sedentarismo),¹⁵ do vírus e da TARV. O tecido ósseo passa por constante remodelamento síncrono e esse processo pode sofrer interferência devido a infecção pelo HIV.

Nesse sentido, quando ocorre a diminuição da mineralização, ocorre a osteopenia que pode culminar na osteoporose.¹⁶ Ressalta-se que essa morbidade pode causar interferência no desempenho das atividades da vida diária devido às complicações relacionadas às fraturas que em sua maioria são decorrentes de queda da própria altura que pode ter como causa a diminuição da força muscular do tronco, alterações na coluna como a cifose, alterações na amplitude dos movimentos e na coordenação motora. Todos esses fatores podem predispor o indivíduo à incapacidade funcional resultando na piora da qualidade de vida.¹⁷⁻¹⁹

Assim como a osteoporose, a osteoartrite também pode provocar incapacidades no indivíduo comprometendo diretamente sua funcionalidade e capacidade de realização das atividades da vida diária em função da sua principal característica: dor persistente. Esta, na maioria das vezes associa-se à rigidez e disfunção articular. Tais fatores provocam impacto negativo na qualidade de vida do indivíduo, tornando-a uma experiência estressante.²⁰

Levando-se em consideração as alterações e sintomas provocados pela osteoporose e osteoartrite é válido pensar que de fato estas podem repercutir em diversas dimensões da qualidade de vida do indivíduo que vão desde às funções gerais até a função

sexual. Associe-se a estas, as preocupações com a saúde e com a medicação, pois como citado anteriormente, a osteoporose pode ser uma das consequências da TARV. Com tais repercussões, não há como desconsiderar uma interferência na satisfação com a vida, resultado encontrado neste estudo.

CONCLUSÃO

Esta pesquisa pôde contribuir para a escassa literatura sobre a temática, com o qual foi possível identificar quais as dimensões da qualidade de vida do indivíduo idoso com HIV podem ser afetadas pelas comorbidades. Os resultados indicam que a qualidade de vida não tem interferência do diabetes e da hipertensão. Em contrapartida, osteoporose e osteoartrite são as comorbidades que interferem em mais dimensões. Contudo, não deve-se negligenciar nenhuma comorbidade, em vez disso, devem ser ofertadas aos indivíduos opções de estratégias para o gerenciamento daquelas que mais impactam na sua qualidade de vida.

AGRADECIMENTOS

À Fundação de Apoio à Pesquisa do Estado da Paraíba (FA-PESQ).

REFERÊNCIAS

1. Boender TS, Smit C, Sighem AV, Bezemer D, Ester CJ, Zaheri S, et al. AIDS Therapy Evaluation in the Netherlands (ATHENA) national observational HIV cohort: cohort profile. *BMJ Open*. [Internet] 2018 [cited 2020 oct 10]; 8(9):e022516. Available from: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjopen-2018-022516>.
2. Affeldt ÂB, Silveira MFD, Barcelos RS. Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas, sul do Brasil, 1998 a 2013. *Epidemiol. Serv. Saúde* (Online). [Internet]. 2015 [acesso em 20 de outubro 2020]; 24. Disponível em: <https://doi.org/10.5123/S1679-49742015000100009>.
3. Allavena C, Hanf M, Rey D, Duvivier C, BaniSadr F, Poizot-Martin I, et al. Antiretroviral exposure and comorbidities in an aging HIV-infected population: The challenge of geriatric patients. *PLoS ONE*. [Internet]. 2018 [cited 2020 oct 10]; 13(9):e0203895. Available from: <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0203895>.
4. Brucki SMD, Nitrini R, Caramelli P, Bertolucci PHF, Okamoto IH. Sugestões para o uso do mini-exame do estado mental no Brasil. *Arq. neuropsiquiatr*. [Internet]. 2003 [acesso em 15 de novembro 2020]; 61(3B). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0004-282X2003000500014>.
5. Campbell G, Skillings JH. Nonparametric Stepwise Multiple Comparison Procedures. *J Am Stat Assoc*. [Internet]. 1985 [cited 2020 nov 15]; 80(392) Available from: <https://doi.org/10.2307/2288566>.

6. Ferreira LK, Meireles JFF, Ferreira MEC. Avaliação do estilo e qualidade de vida em idosos: uma revisão de literatura. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.* [Internet], 2018; 21(5): 639-651 [cited 2020 nov 20]. Disponível <http://dx.doi.org/10.1590/1981-22562018021.180028>.
7. Trindade FF, Fernandes GT, Nascimento RHF, Jabbur IFG, Cardoso AS. Perfil epidemiológico e análise de tendência do HIV/AIDS. *Journal Health NPEPS.* [Internet] 2019 jan-jun; 4(1):153-165 [acesso em 20 de novembro 2020]. Disponível em: <https://periodicos.unemat.br/index.php/jhnpeps/article/view/3394/2985>.
8. Cann O. Além de nossa existência: perspectivas para atingir a igualdade de gênero no local de trabalho atingem o ano 2186. *World Economic Forum*, 91-93 route de la Capite. Cologny/Geneva, 2016.
9. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim epidemiológico HIV Aids 2018. [Internet] 2018. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 10 de outubro 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hivaids-2018>.
10. Melo ES, Rozendo CA, Argolo JM, Queiroz AN, Gir E, Reis R. Mecanismos de enfrentamento utilizados por mulheres vivendo com HIV/aids. *Rev. cuba. enferm.* [Internet]. 2017 [acesso em 25 de novembro 2020]; 33(3). Disponível em: <http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/1308/289>.
11. Brasil. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. [Internet] 2018. Brasília: Ministério da Saúde [acesso em 25 de novembro 2020]. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>.
12. Silva-Santos AC, Matos MA, Galvão-Castro B. Reabsorção no metabolismo ósseo de pacientes hiv-positivos. *Acta ortop. bras.* [Internet]. 2009 [acesso em 25 de novembro 2020]; 17(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S1413-78522009000200010>.
13. Real GA, Jiménez JLL, González CG. Climatério, saúde e depressão, uma abordagem psicossocial: Estudo exploratório com um grupo de mulheres da cidade do México. *Revista Kairós Gerontologia* [Internet] 20(1), pp. 09-23. 2017 [acesso em 28 de novembro 2020]; 30(2). Disponível em: <https://doi.org/10.23925/2176-901X.2017v20i1p09-23>.
14. Prabhat JHA, Ramasundarahettige C, Landsman V, Rostron B, Thun M, Anderson RN, McAfee T, Richard Peto FRS. 21st-Century Hazards of Smoking and Benefits of Cessation in the United States. *N. Engl. j. med.* [Internet]. 2013 [cited 2020 nov 28]; 368(4). Disponível em: <https://doi.org/10.1016/j.jvs.2013.03.031>.
15. Filho ETC. Medicina Preventiva no idoso. "In": Papaléo Netto M. *Tratado de Gerontologia: 4ª ed.* São Paulo: Guanabara Koogan, 2016
16. Lima ALLM, Godoy AL, Oliveira PRD, Gobbi RG et al. Alterações ortopédicas na AIDS. *Rev. bras. ortop.* [Internet]. 2009 [acesso em 28 de novembro 2020]; 44(3). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0102-36162009000300002>.
17. Rodrigues IG, Barros MBA. Osteoporose autorreferida em população idosa: pesquisa de base populacional no município de Campinas, São Paulo. *Rev. bras. epidemiol.* [Internet]. 2016 [acesso em 28 de novembro 2020]; 19(2). Disponível em: <https://doi.org/10.1590/1980-5497201600020007>.
18. Arnold CM, Busch AJ, Schachter CL, Harrison L, Olszynski W. The relationship of intrinsic fall risk factors to a recent history of falling in older women with osteoporosis. *J.orthop. sports phys. ther.* [Internet]. 2005 [cited 2020 nov 30]; 35(7). Available from: <https://doi.org/10.2519/jospt.2005.35.7.452>.
19. Santos NMF, Tavares DMS, Dias FA, Oliveira KF, Rodrigues LR. Qualidade de vida e capacidade funcional de idosos com osteoporose. *REME rev. min. enferm.* [Internet]. 2012 [acesso em 19 de maio 2021]; 16(3). Disponível em: <http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/535>.
20. Marconcin P, Espanha M, Yázigí F, Marques A, Campos P, Rosado A. O impacto dos sintomas da osteoartrose nas estratégias de coping em idosos. *Psicol. saúde doenças.* [Internet]. 2019 [acesso em 30 de novembro 2020]; 20(1). Disponível em: <http://dx.doi.org/10.15309/19psd200113>.