

Síndrome Lipodistrófica do HIV, qualidade de vida e nível de atividade física em pacientes com HIV/AIDS atendidos em um serviço de referência da região central do Rio Grande do Sul

HIV lipodystrophy syndrome, quality of life and physical activity level in patients with HIV / AIDS treated at a referral center in the central region of Rio Grande do Sul

**Janice Sonigo
Silvana Corrêa Matheus**

Unitermos: HIV/AIDS, Síndrome Lipodistrófica do HIV, nível de atividade física, qualidade de vida.

Untermos: HIV/AIDS, HIV lipodystrophy syndrome, physical activity level, quality of life.

Resumo

Objetivos: investigar e descrever a presença da Síndrome Lipodistrófica do HIV (SLHIV), o nível de atividade física (NAF) e a qualidade de vida (QV) de pacientes HIV/AIDS da região Central do Rio Grande do SUL (RS), comparando os com e sem SLHIV. **Métodos:** Estudo descritivo com 72 pacientes, de ambos os sexos, com idades entre 26 e 58 anos, atendidos por um hospital da região. O perfil da amostra foi descrito com uso do questionário sociodemográfico da Associação Brasileira de Estudos Populacionais (ABEP), a SLHIV diagnosticada com a Escala de Classificação de Gravidade da Lipodistrofia (ECGL), a QV verificada com o HAT-QoL e o NAF descrito através do IPAQ-versão longa. Foi mensurada a circunferência, a estatura e a massa corporal. Os dados clínico-epidemiológicos foram coletados no prontuário dos pacientes. **Resultados:** A maioria dos pacientes era de raça branca (56,9%), fazia uso de TARV (79,2%), apresentava níveis de CD4 acima de 350 células/mm³ (55,5%) e eram insuficientemente ativos (70,8%). Dez indivíduos possuíam a SLHIV, sendo que 60% eram da raça branca e 40% eram da raça parda. Em relação à QV, todos os domínios foram afetados de alguma forma pela patologia, no entanto, cabe ressaltar que os domínios aceitação do HIV e preocupações com o sigilo apresentaram diferenças estatisticamente significantes ($p=0,03$ e $p=0,05$, respectivamente) quando comparados os grupos. **Conclusão:** A maioria dos pacientes com a SLHIV eram homens da raça branca, com renda inferior a 1,5 salários, eram insuficientemente ativos e possuíam nível de CD4 acima de 350 células/mm³. Os resultados de QV indicam a influência da patologia, principalmente, no domínio preocupações financeiras, nos indivíduos sem e com a SLHIV, sendo que o grupo com a SLHIV apresentou impacto também sobre o domínio preocupações com o sigilo.

Summary

Objective: to investigate and describe the presence of HIV Lipodystrophy Syndrome (HIVLS) presence, the physical activity level (PAL) and the quality of life (QL) in the HIV/AIDS patients of the Central South region of Rio Grande Sul (RS), and comparing the with and the without HIVLS.

Methods: descriptive study with 72 patients, of both sexes, aged between 26-58 years, assisted by a regional hospital. The sample profile was described using the sociodemographic questionnaire of the Brazilian Association of Population Studies (ABEP), the HIVLS was diagnosed with a Lipodystrophy gravity scale (ECGL), the QL verified with HAT-Qol the PAL described by the IPAQ-long version. The circumference, height and body mass were measured. The clinic-epidemiologic data were collected in the patients records. **Results:** Most of the patients were the race white (56,9%), used TARV (79,2%), presented levels of CD4 over 350 cel/mm³ (55,5%) and were insufficiently physically active (70,8%). Ten individuals presented the SLHIV, in which 60% were the race white and 40% were the race brown. Considering the QL, all the domains were affected somehow by the pathology, however, it is important to notice that the acceptance domains of the HIV and the preoccupations with the secrecy presented significant statistics differences ($p= 0,03$ e $p=0,05$, respectively) when comparing the groups. **Conclusion:** Most of the HIVLS patients were men of the race white, having an income lower than 1.5 minimum salaries, were insufficiently physically active and presented level 350 cél/mm³ CD4. The results of QL indicate the influence of pathology, especially in the financial worries in individuals without and with the HIVLS, and that group with HIVLS also had impact on the worries with secrecy.

Introdução

A incidência da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), que é causada pelo vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), vem diminuindo substancialmente no Brasil nos últimos anos, porém, o número de casos registrados até Junho de 2011, ainda ultrapassa os 620 mil⁽¹⁾. A região Sul do Brasil (Paraná, Rio Grande do Sul e Santa Catarina), registra mais de 120 mil casos da doença⁽¹⁾.

A partir da década de 90, devido ao tratamento realizado com os diferentes tipos de medicamentos das terapias antirretrovirais (TARV) houve aumento da sobrevida dos pacientes. A introdução da TARV também ocasionou uma estabilização da doença, melhorando a qualidade de vida (QV) do paciente^(2,3,4,5,7). Porém, apesar dos benefícios trazidos a seus usuários, devido às características dos medicamentos antirretrovirais, foram relatados diversos efeitos colaterais e inúmeras alterações anatômicas e metabólicas

nestes pacientes, como as dislipidemias, o aumento da resistência periférica à insulina e a hiperglicemia, redistribuição da gordura corporal e fatores de risco para doenças cardiovasculares⁽⁸⁾.

Posteriormente, estas alterações foram descritas como a Síndrome Lipodistrófica do HIV (SLHIV), que compreende uma lipoatrofia, ou seja, perda de gordura subcutânea na região da face e em membros superiores e inferiores, bem como proeminência relativa de musculatura e circulação venosa; uma lipohipertrofia caracterizada pelo acúmulo de gordura na região do tronco, abdômen, dorso e mamas; e a lipodistrofia mista, a qual se manifesta com características da lipoatrofia e da lipohipertrofia^(8,9).

Além de doenças crônicas^(10,11,12,13), a SLHIV está associada a complicações sociais e a ocorrência de sintomas psiquiátricos e distúrbios psicológicos advindos da redistribuição da gordura corporal^(14,15) afetando diretamente a QV do paciente^(16,17). Dessa forma, um fator que tem contribuído para a melhoria desta, é a prática de atividades físicas (AF) que contribui para o fortalecimento do sistema imunológico e do condicionamento físico, atenuando os efeitos sobre a composição corporal⁽¹⁸⁾.

Considerando assim, os aspectos relatados acima, esta pesquisa tem por intuito investigar e descrever a presença da SLHIV, o NAF e a QV de pacientes HIV/AIDS da região Central do Rio Grande do SUL (RS), comparando os com e sem SLHIV.

Métodos

Amostra

Foram incluídos no estudo portadores do HIV/AIDS com idade superior a 18 e inferior a 65 anos, sendo adotados os seguintes critérios de exclusão: gestação, presença de doença oportunista que impossibilitasse a interpretação dos dados, uso de fármacos além da TARV que induzisse a alterações metabólicas e/ou influenciasses na distribuição da gordura corporal, possuir deficiência mental que impedisse de compreender a natureza do estudo, falta de dados clínico-epidemiológicos no prontuário, e terem realizado cirurgia estética no último ano.

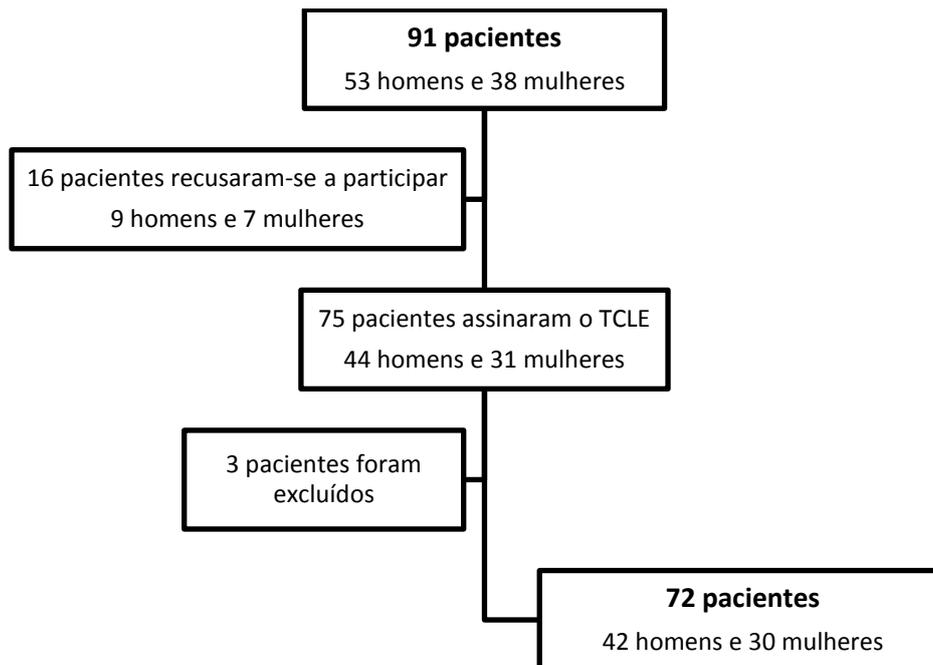


Figura 1. Perfil do estudo

Como demonstrado na Figura 1, foram abordados 91 pacientes, destes, 16 recusaram-se a participar do estudo ($40,8 \pm 12,21$ anos). Dentre os indivíduos que aceitaram participar, um estava submetendo-se a tratamento hormonal, outro estava acima da faixa etária pretendida no estudo e um último não possuía prontuário médico completo, sendo estes três pacientes excluídos da pesquisa.

Instrumentos e Procedimentos

Questionário sociodemográfico

Utilizou-se o questionário sociodemográfico da ABEP (2005), para descrição do perfil da amostra através de questões como: sexo, idade, cor da pele, escolaridade, renda familiar dentre outros.

Diagnóstico da SLHIV

A Escala de Classificação de Gravidade da Lipodistrofia (ECGL) descrita por Carr e Law ⁽¹⁹⁾ foi utilizada para verificar alterações na redistribuição da gordura corporal dos pacientes seguindo metodologia e critérios descritos por Asensi et al. ⁽²⁰⁾ onde o grau de gordura difuso acumulado em cada região foi classificado como ausente (0 pontos), leve (perceptível em uma inspeção mais apurada, pontuação 1), moderada (facilmente perceptível pelo paciente/médico, pontuação 2) e grave (facilmente perceptível por qualquer observador, pontuação 3). A escala é preenchida tanto pelo paciente, quanto pelo médico que o atende, sendo dividida em dois escores:

- Perda de gordura nas regiões da face, braços, nádegas e pernas, onde o valor máximo pontuado pode chegar a 12;

- Acúmulo de gordura nas regiões do abdômen, peito e pescoço (nódulos de gordura e “giba de búfalo”), onde o valor máximo pontuado pode chegar a 9.

Para o diagnóstico da SLHIV, utilizou-se a média da soma entre os valores atribuídos pelo médico e pelo paciente, sendo o valor médio igual ou superior a 9 e/ou que obtiveram classificação severa em algum dos sítios investigados e que além disso possuíam colesterol total elevado (≥ 220 mg/dL) e/ou HDL baixo (≤ 40 mg/dL) foram classificados como portadores da Lipohipertrofia do HIV.

Antropometria

Os dados antropométricos foram obtidos seguindo metodologia e procedimentos de Heyward e Stolarczyk⁽²¹⁾ Para as medidas de circunferências foi usada uma fita antropométrica inextensível, com resolução de 1mm. O avaliado posicionava-se de forma ereta, com os pés afastados na medida dos ombros e os membros superiores pendentes ao longo do corpo, de frente para o avaliador. Todas as circunferências foram efetuadas no hemicorpo direito do avaliado, sendo medidas as circunferências da cintura, quadril, abdômen, bíceps, coxa e panturrilha.

O instrumento utilizado para determinação da massa corporal foi uma balança digital portátil, com resolução de 0,1 Kg. Esta avaliação foi realizada com o indivíduo estando descalço, com a menor quantidade de roupa possível, ereto e imóvel, com a cabeça voltada à frente.

Para verificar a estatura, foi utilizado um estadiômetro portátil com resolução de 0,5 cm. A estatura foi mensurada com o indivíduo posicionado de costas para o estadiômetro, com os calcanhares, panturrilhas, glúteos, escápulas e cabeça em contato com o aparelho. Os indivíduos foram orientados a realizar uma inspiração forçada e a bloqueá-la por alguns segundos, sendo o cursor colocado no ponto mais alto da cabeça (vértex). Após, foi solicitado que se retirasse do aparelho para que fosse feita a leitura da medida.

A Relação cintura/quadril foi obtida através da divisão da circunferência da cintura (cm), pela circunferência do quadril (cm). O cálculo do Índice de Massa Corporal foi realizado através da razão entre a medida da massa corporal (Kg), pela estatura (m) elevada ao quadrado.

Qualidade de Vida (QV)

Utilizou-se o *Target Quality of Life* (HAT-QoI), instrumento direcionado para a população HIV/AIDS⁽²²⁾, traduzido e validado no Brasil por Soáres e col.⁽²³⁾. É composto por 34 itens distribuídos em 9 domínios: função geral (6 itens), satisfação com a vida (4 itens), preocupações com a saúde (4 itens), preocupações financeiras (3 itens), preocupações com a medicação (5 itens), aceitação do HIV (2 itens), preocupações com o sigilo (5 itens), confiança no profissional (3 itens) e função sexual (2 itens). As respostas têm formato de escala “Likert” de cinco pontos. Em cada domínio zero é o

escore mais baixo e 100 é o melhor escore possível. Quanto maior o escore, menor o impacto sobre a qualidade de vida dos pacientes.

Nível de Atividade Física (NAF)

Utilizou-se o *International Physical Activity Questionnaire* (IPAQ), versão longa, composto por questões que abordam os domínios do lazer, deslocamento, atividades domésticas e do trabalho. No presente estudo, considerou-se somente o domínio do lazer em uma semana habitual, pois como já relatado em outros estudos, os domínios do trabalho, transporte e doméstico parecem ser superestimados^(24,25,26).

Calculou-se o escore da seguinte maneira:

Escore de Atividade Física = minutos por semana de caminhada + minutos por semana de atividade física moderada + (minutos por semana de atividade física vigorosa*2)⁽²⁷⁾.

Procedimentos para as coletas

O estudo foi realizado no ambulatório de doenças infecciosas em um hospital universitário da região central do RS que é referência regional no atendimento a pacientes HIV/AIDS.

O projeto foi aprovado na íntegra pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAE - 0232.0.243.000-11) e seguiu as recomendações da Declaração de Helsinki e da resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar da pesquisa.

Os dados foram coletados entre os meses de Julho a Novembro de 2011 e os pacientes foram recrutados aleatoriamente de forma consecutiva.

Os participantes da pesquisa foram conduzidos à sala de avaliação para a aplicação dos questionários e a realização das medidas antropométricas, ambos realizados por dois profissionais de Educação Física, previamente treinados com experiência na área. O exame clínico, juntamente com a ECGL, foi realizado por um único médico infectologista, coordenador do ambulatório de doenças infecciosas e com ampla experiência no tratamento de pacientes HIV/AIDS. Os dados clínico-epidemiológicos foram coletados no prontuário dos pacientes. Os valores de colesterol total e de HDL foram retirados do último exame realizado, desde que o mesmo não excedesse a 3 meses da data da coleta.

Tratamento dos dados

Os dados obtidos foram digitados em duplicata no programa Epi Info™ 6 e os erros de digitação verificados através do *validate*.

Análise estatística

Os dados foram analisados através da estatística descritiva (média, mediana, desvio padrão [DP] e intervalos de confiança 95% [IC95%], valores mínimos, máximos e percentis 25 e 75). Para a comparação entre os grupos utilizou-se o teste de Wilcoxon-Mann-Whitney para amostras independentes, para as variáveis com desfecho contínuo e o teste exato de Fisher para as variáveis com desfecho categórico. Para todos os procedimentos foi adotado o nível de confiança de 95% e o erro máximo tolerado foi de 5%.

Resultados

Os dados de caracterização da amostra e comparação dos grupos são apresentados na tabela 1.

Variáveis	Sem SLHIV (n= 62)	Com SLHIV (n= 10)	Valor de <i>p</i> *
	Média ± DP	Média ± DP	
Idade (anos)	38,6 ± 8,1	43,3 ± 9,8	0,15
Cor da Pele			
Branco	35 (56,45%)	6 (60%)	
Negro	7 (11,29%)	-	0,78
Pardo	20 (32,26%)	4 (40%)	
Renda familiar*			
≤ 1,5 salários mínimos	30 (48,39%)	6 (60%)	
> 1,5 salários mínimos	32 (51,61%)	4 (40%)	0,74
Escolaridade (anos)	8,2 ± 3,7	7,5 ± 4,8	0,3
Variáveis Antropométricas			
Massa Corporal (Kg)	69,6 ± 14,5	70,7 ± 12,3	0,5
Estatura (cm)	167,4 ± 10,7	167,8 ± 7,9	0,98
Perímetros (cm)			
Quadril	96,9 ± 8,6	95,9 ± 6,7	0,77
Cintura	84,4 ± 11,1	86,8 ± 8,7	0,34
Abdômen	91,1 ± 12,8	94,7 ± 8,6	0,24
RCQ	0,87 ± 0,8	0,90 ± 0,1	0,28
IMC (Kg/m ²)	24,9 ± 4,9	25 ± 3,7	0,46
Variáveis Clínicas			
Tempo de diagnóstico pelo HIV (meses)	89,3 ± 60	92 ± 45,8	0,5
Sem TARV	13 (20,97%)	2 (20%)	
TARV (meses)	70,2 ± 51,8	78,4 ± 63,3	0,8
< 69 meses	25 (40,32%)	4 (40%)	
> 69 meses	24 (38,71%)	4 (40%)	0,95
CD4 (cél./mm³)			
≤ 350	17 (33,3%)	3 (33,3 %)	
> 350	34 (66,7%)	6 (66,7%)	1,0
Nível de Atividade Física			
Insuficientemente ativos	44 (70,97%)	7 (70%)	
Ativos	17 (27,42%)	3 (30%)	0,89

SLHIV = Síndrome Lipodistrófica do HIV; *Salário mínimo (2011)= R\$ 545,00; DP= Desvio Padrão; RCQ= Razão Cintura/Quadril; IMC= Índice de Massa Corporal; TARV= Terapia Antirretroviral; *Para as variáveis com desfecho categórico foi utilizado o teste exato de *Fischer* e para as variáveis com desfecho contínuo o Wilcoxon-Mann-Whitney.

Tabela 1. Características da amostra

A amostra final contou com 72 pacientes, dos quais 42 eram homens e 30 mulheres. Foram diagnosticados como portadores da SLHIV 10 indivíduos, sendo oito homens e duas mulheres.

A maioria dos indivíduos avaliados era da raça branca, 56,45% sem SLHIV e 60% com SLHIV, nenhum paciente com a SLHIV era da raça negra. Grande parte dos pacientes (48,39% sem SLHIV e 60% com SLHIV) tinha renda inferior a 1,5 salários mínimos.

Quinze pacientes não faziam uso de TARV, 2 dos pacientes sem uso da TARV foram diagnosticados como portadores da SLHIV. A maioria dos pacientes, tanto com a SLHIV, quanto sem a SLHIV, possuía nível CD4 acima de 350 cél./mm³.

Tanto no grupo com a SLHIV, quanto no grupo sem SLHIV, a maioria dos pacientes apresentaram-se insuficientemente ativos (70% e 70,97%, respectivamente).

Na tabela 2 são apresentados os dados referentes aos resultados de QV dos pacientes sem SLHIV e com a SLHIV.

Variáveis	Itens	Sem SLHIV (n= 62)					Com SLHIV(n= 10)					Valor de p*
		n*	Média ± DP	Mediana (mín - máx)	P25	P75	n*	Média ± DP	Mediana (mín - máx)	P25	P75	
Função Geral	6	61	66,7 (± 23,2)	70,8 (16,7 - 100)	54,2	83,3	10	62,5 (± 30,3)	60,4 (16,7 - 100)	33,3	100	0,69
Satisfação com a vida	4	61	61,6 (± 28,8)	68,8 (0 - 100)	50	81,3	10	75 (± 26)	68,8 (31,25 - 100)	62,5	100	0,09
Preocupação com a saúde	4	61	69,5 (± 29,4)	81,25 (0 - 100)	43,8	93,8	10	77 (± 21,1)	72 (50 - 100)	56,3	100	0,5
Preocupações Financeiras	3	61	33,7 (± 22,5)	39 (0 - 66,7)	16,7	55,5	10	41,7 (± 24,6)	41,7 (0 - 66,7)	22,2	66,7	0,29
Preocupações com a medicação	5	46	74,2 (± 25,3)	80 (10 - 100)	60	95	8	77,5 (± 26,5)	87,5 (30 - 100)	57,5	100	0,61
Aceitação do HIV	2	61	57,6 (± 37,1)	50 (0 - 100)	25	100	10	83,8 (± 33,4)	100 (0 - 100)	87,5	100	0,03
Preocupações com o Sigilo	5	61	59,3 (± 30,3)	60 (0 - 100)	35	85	10	39,5 (± 29,3)	40 (0 - 99)	15	55	0,05
Confiança nos profissionais de saúde	3	61	59,7 (± 28,7)	66,7 (0 - 100)	41,7	75	10	73,3 (± 22,3)	66,7 (66,7 - 91,6)	66,7	91,7	0,2
Função sexual	2	61	72 (± 34,9)	87,5 (0 - 100)	50	100	10	77,5 (± 41,2)	100 (0 - 100)	50	100	0,48

SLHIV= Síndrome Lipodistrófica do HIV; n*= Números de indivíduos; DP= desvio padrão; P25= percentil 25; P75= percentil 75; *p= Teste Wilcoxon-Mann-Whitney.

Tabela 2. Comparação entre os escores do HatQoL entre os pacientes sem a SLHIV e com a SLHIV.

Ao observar a tabela 2, constata-se que no geral, os valores se aproximam entre os grupos, no entanto, quando observados os valores do percentil 75, verifica-se que no grupo com a SLHIV a satisfação é maior quando comparada ao grupo sem a SLHIV em quase todos os domínios.

Os menores valores médios foram obtidos, para ambos os grupos, no domínio referente às preocupações financeiras, onde o escore máximo pontuado não chegou a 70% em ambos os grupos.

Os maiores valores médios obtidos foram nos domínios preocupação com a medicação e função sexual para ambos os grupos. Com relação a preocupação com a medicação, os valores médios foram de 74,2% para o grupo sem SLHIV e 77,5% para o grupo com SLHIV, já para o domínio função sexual, os valores médios foram de 72% (grupo sem SLHIV) e 77,5% (grupo com SLHIV), alcançado valor de 100% para o percentil 75 no grupo sem a SLHIV e 100% para a mediana no grupo com a SLHIV.

O domínio de aceitação do HIV apresentou diferença estatisticamente significativa ($p= 0,03$), quando comparados os grupos. Os pacientes com a SLHIV apresentaram melhor aceitação do HIV tanto em valores de média (83,8%), em comparação aos pacientes sem a SLHIV (59,3%), quanto em valores de mediana, (100% e 50%, respectivamente). Já para o domínio preocupação com o sigilo, notam-se valores baixos, denotando grande preocupação em ambos os grupos, (com a SLHIV= 39,5% e sem a SLHIV= 59,3%, $p= 0,05$).

Discussão

A SLHIV, definida pela redistribuição da gordura corporal e associada ao uso regular da TARV, tem sido investigada já há algum tempo⁽²⁾. Inúmeros avanços já aconteceram no campo da pesquisa a cerca das consequências desta síndrome.

Neste estudo a maioria dos pacientes com a SLHIV possuíam cor de pele branca, o que se assemelha com as informações encontradas por John, Nolan e Mallal⁽²⁸⁾, que demonstram que a raça, o sexo e a idade podem estar relacionados com o surgimento da SLHIV, com pessoas de cor de pele branca com maior propensão a serem afetadas por esta. Domingos⁽²⁹⁾, também sugere, que dentre outros, sexo feminino, cor de pele branca e duração de uso de TARV seriam fatores de risco para o desenvolvimento da SLHIV.

Focalizando a questão de etnia, Gibert et al.⁽³⁰⁾ realizaram um estudo objetivando analisar alterações na composição corporal e em parâmetros metabólicos de indivíduos de diferentes raças e etnias que iniciaram o tratamento com a TARV, e verificaram que as dislipidemias foram superiores nos indivíduos latinos e brancos quando comparados aos de padrão étnico afro-americano.

Quanto ao NAF, a maioria da amostra foi considerada insuficientemente ativa. Fillipas et al.⁽³¹⁾, analisaram a AF de pacientes HIV/AIDS através do IPAQ- versão curta, e verificaram que um em cada quatro dos indivíduos,

não cumpriam as recomendações mínimas de AF. Resultados semelhantes foram relatados por Cligerman⁽³²⁾, em que 40% dos indivíduos não atendiam a tais recomendações⁽³³⁾. Contrapondo-se a isso, Eidam et al.⁽¹⁸⁾ avaliaram o NAF habitual de 111 pacientes HIV, através do IPAQ- versão curta e verificaram que a maior parte da amostra possuía NAF ativo ou muito ativo.

Ainda, Domingo et al.⁽³⁴⁾ constataram a importância da AF como fator protetor ao desenvolvimento da SLHIV analisando 150 indivíduos HIV em uso de TARV (estavudina ou zidovudina), constatando que 42,9% dos indivíduos sem a SLHIV eram ativos contra apenas 21,2% dos com a SLHIV.

Segatto⁽⁶⁾ analisou 42 pacientes HIV em uso de TARV, sendo que 42,9% destes possuíam a SLHIV, e através do IPAQ-versão curta constatou que a ocorrência desta é maior em indivíduos sedentários do que em ativos, os quais teriam 79% menor possibilidade de a desenvolverem.

Ao analisar as literaturas citadas em relação ao NAF, nota-se uma carência de estudos sobre AF e SLHIV. A maior parte dos trabalhos foca no efeito e forma de prescrição de exercícios físicos a esta população,^(35,36,37,38) demonstrando que sua realização auxilia a diminuir o percentual de gordura na região central do corpo, e melhora as variáveis metabólicas, sugerindo-os como uma alternativa válida no auxílio ao tratamento da SLHIV.

Outros dois estudos^(39,40) constataram que a prática de exercícios físicos, com frequência semanal de 3 a 5 vezes, pode proporcionar ao indivíduo HIV em uso da TARV a redistribuição e redução da gordura abdominal, retardando o início da manifestação da SLHIV.

Com referência a QV dos pacientes, na maior parte dos domínios do HATQoL não houve diferenças estatisticamente significantes quando comparados os grupos, no entanto, no domínio referente às preocupações financeiras, verificou-se que mais de 85% da amostra, em ambos os grupos, demonstraram preocupações com as finanças pessoais, o que se justifica pelo fato da maior parte da amostra ter relatado possuir renda familiar inferior à R\$ 545,00, demonstrando precárias condições socioeconômicas.

Galvão et al.⁽⁴¹⁾, Brambatti⁽⁴²⁾ e Reis⁽⁴³⁾ que avaliaram a QV de pacientes com HIV/AIDS através do uso do HATQoL, constataram que um dos domínios que acarretou prejuízos na QV foi o domínio preocupações financeiras, corroborando com os resultados deste estudo. Galvão et al.⁽⁴¹⁾ expõem uma ligação entre a QV e a inserção socioeconômica onde melhor situação financeira proporciona auxílio no tratamento.

No domínio preocupações com o sigilo, houve diferença estatisticamente significativa ($p= 0,05$) entre os grupos, no entanto, ambos demonstram interferência na QV do paciente. Os resultados encontrados estão de acordo com os dados de Galvão et al.⁽⁴¹⁾, Brambatti⁽⁴²⁾, Soares⁽⁴⁴⁾ e Reis⁽⁴³⁾.

A preocupação que o paciente HIV/AIDS tem em falar sobre a doença para outras pessoas pode se dar pelo fato de, ao serem reconhecidos por seu

diagnóstico, sofrerem discriminação e preconceito, como: isolamento social, perda de sua fonte de renda, dentre outros, fatores estes que prejudicam sua QV^(45,44).

As questões do HATQol relacionadas com a utilização dos medicamentos, respondidas por 54 pacientes em uso de TARV, tiveram altos escores (média maior que 74%); apesar dos efeitos colaterais, como alterações que podem ocasionar a SLHIV, que geralmente estão associadas a riscos de doenças crônicas e psicossociais^(7,35,6), e dos desafios em sua adesão pelas dificuldades de posologia, por se tratar de uma doença crônica, dentre outros fatores^(42,46,47). Resultados semelhantes foram observados no estudo de Reis⁽⁴³⁾, onde o valor médio encontrado foi de 82,8% demonstrando bom escore de QV.

O resultado positivo deste estudo no domínio uso dos medicamentos pode ter sido influenciado pelo tempo de utilização da TARV, tendo em vista que 28 dos 57 pacientes faziam uso da terapia há mais de 69 meses. Para Reis⁽⁴³⁾, depois de certo tempo em utilização da TARV o organismo do paciente desenvolve determinada tolerância aos efeitos colaterais advindos desta (sintomas iniciais de uso dos medicamentos) que parecem atenuar, apesar de surgirem outras alterações como a SLHIV.

No domínio correspondente à aceitação do HIV foi encontrada diferença estatisticamente significativa entre os grupos ($p= 0,03$), com melhor aceitação no grupo com a SLHIV (83,8%). Cabe ressaltar que o tempo de contágio em pacientes sem a SLHIV e com a SLHIV foi em média de 89,3 e 92,0 meses, respectivamente.

Conforme Veras⁽⁴⁸⁾, em relação ao tempo de contágio pela doença, no início o paciente HIV/AIDS não quer aceitar o diagnóstico positivo - estágio de negação, caracterizado por uma fase de defesa temporária que logo após é substituída pela aceitação parcial. Em Brambatti⁽⁴²⁾, a conscientização sobre o HIV esteve entre um dos melhores escores de QV, o que está de acordo com os resultados observados para o grupo com a SLHIV, no presente estudo.

Com relação ao domínio atividade sexual, foram obtidos altos escores médios demonstrando não haver interferência deste na QV dos pacientes. Tais resultados, se contrapõem aos encontrados por Brambatti⁽⁴²⁾ e Galvão et al.⁽⁴¹⁾, nos quais as atividades sexuais estiveram entre os mais baixos escores de QV. Em Brambatti⁽⁴²⁾, é exposto que estar contaminado com HIV/AIDS, pode ocasionar mudanças nos comportamentos sexuais, como fuga, diminuição de relações e medo de contar ao parceiro ou de vir a contaminá-lo mesmo havendo o desejo sexual.

Pereira⁽⁴⁹⁾, ao investigar a sexualidade de mulheres HIV-AIDS, constatou que após o diagnóstico positivo para o HIV elas demonstravam tensão e constrangimento em falar sobre as questões ligadas ao aspecto sexual. Dessa forma, o resultado contrário encontrado neste estudo, pode residir na provável superestimação das respostas, devido a questões como vergonha

ao falar sobre as suas relações sexuais e as dificuldades em sentir desejo e prazer.

Conclusão

Com base nos resultados encontrados pode-se concluir que a maioria dos pacientes com a SLHIV eram brancos, homens, com renda inferior a 1,5 salários, eram insuficientemente ativos e apresentavam carga CD4 acima de 350 células/mm³. Cabe ressaltar, que dois pacientes que apresentaram a SLHIV não faziam uso da TARV.

Quanto ao NAF, apesar de sua importância na rotina diária dos indivíduos infectados, constatou-se que, independente da presença da SLHIV, a maioria dos pacientes HIV/AIDS da região central do RS apresentaram-se insuficientemente ativos.

Os resultados médios encontrados nesta pesquisa demonstram a influência da patologia nos domínios de QV dos pacientes, independente da presença da SLHIV. No entanto, nos indivíduos sem a SLHIV a influência foi maior no domínio preocupações financeiras, já nos pacientes com a SLHIV esta foi maior no domínio preocupações com o sigilo, sendo importante também o impacto sobre as preocupações financeiras.

Bibliografia

1. Ministério da Saúde. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico AIDS.DST. Ano VIII Nº01/ Julho 2010 – Junho 2011[internet]. 2011 [capturado 28 Agosto 2011]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf.
2. Diehl LA, Dias JR, Paes ACS, Thomazini MC, Garcia LR, Cinagawa EW et al. Prevalência da Lipodistrofia Associada ao HIV em Pacientes Ambulatoriais Brasileiros: Relação com Síndrome Metabólica e Fatores de Risco Cardiovascular. Arq Bras Endocrinol Metab 2008; (4): 658-67.
3. Dourado I., Veras MASM, Barreira DB, Brito AM. Tendências da epidemia de AIDS no Brasil após a terapia anti-retroviral. Rev. Saúde Pública 2006; 40 (Supl):9-17.
4. Nash D, Katyal M, Brinkhof MW, Keiser O, May M, Hughes R, et al. Long-term immunologic response to antiretroviral therapy studies. AIDS 2008; 22(17):2291-302.
5. Palella FJJ, Delaney KM, Moorman AC, Loveless MO, Fuhrer J, Satten GA, et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. HIV Outpatient Study Investigators. N Engl J Med 1998; 338(13):853-60.

6. Segatto A. Atividade física e lipodistrofia em portadores de HIV/AIDS submetidos à terapia Anti-Retroviral [Dissertação]. Presidente Prudente (SP): UNESP; 2010.
7. Collins E, Wagner C, Walmsley S. Psychosocial impact of the lipodystrophy syndrome in HIV infection. *AIDS Read* 2000; 10(9):546-50.
8. Bedimo RJ. Body-fat abnormalities in patients with HIV: progress and challenges. *J Int Assoc Physicians AIDS Care* 2008; 7(6):292-305.
9. Munhoz O. Alterações anatômicas e/ou metabólicas (síndrome lipodistrófica) em portadores do HIV/AIDS. Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais. Abril 2007 [internet]. 2007 [capturado 15 Jun 2010] Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/alteracoes_anatomicas_metabolicas.pdf.
10. Bell SJ, Bistran BR, Connolly CA, Forse RA. Body composition changes in patients with human immunodeficiency virus infection. *Nutrition* 1997; 13(7-8):629-32.
11. Carr A, Samaras K, Thorisdottir A, Kaufmann GR, Chisholm DJ, Cooper DA. Diagnosis, prediction, and natural course of HIV-1 protease-inhibitor-associated lipodystrophy, hyperlipidaemia, and diabetes mellitus: a cohort study. *Lancet* 1999; 353(9170):2093-9.
12. Brown T, Wang Z, Chu H, Palella FJ, Kingsley L, Witt MD, et al. Longitudinal anthropometric changes in HIV-infected and HIV-uninfected men. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2006; 43(3):356-62.
13. Guimarães MMMG, Greco DB, O. Júnior AR, Penido MG, Machado LJC. Distribuição da gordura corporal e perfis lipídico e glicêmico de pacientes infectados pelo HIV. *Arq Bras de Endocrinol Metab* 2007; 51(1):42-51.
14. Petersen C. Avaliação de Intervenção grupal para promoção de qualidade de vida para portadores de doenças crônicas, a AIDS como modelo. [Tese] Porto Alegre (RS): UFRGS, 2007; 6-141.
15. Campos L. Uso da terapia anti-retroviral entre pacientes atendidos em dois serviços públicos de referência para o HIV/AIDS: Impacto na qualidade de vida e ocorrência de Sintomas de ansiedade e depressão. [Tese] Belo Horizonte (MG): UFMG, 2008.
16. Fernandes APM, Sanches RS, Mill J, Lucy D, Palha PF, Dalri MCB. Síndrome da lipodistrofia associada com a terapia anti-retroviral em portadores do HIV: considerações para os aspectos psicossociais. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2007; 15(5):1041-5.
17. Seidl EMF, Machado ACA. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicol est* 2008; 13(2):239-47.
18. Eidam CL, Lopes AS, Guimarães MDC. Estilo de vida e atividade física habitual de portadores do vírus da Imunodeficiência humana – HIV. *Ver UnicenP Biologia e Saúde (RUBS)* 2006; 2(1):34-45.
19. Carr A, Law M. An objective lipodystrophy severity grading scale derived from the lipodystrophy case definition score. *J. of acquired Immune deficiency Syndromes* 2003; 33:571-576.
20. Asensi V, Martin-Roces E, Collazos J, Cartón JA, Maradona JA, Alonso A. et al. Association between physical and echographic fat thickness assessments and a lipodystrophy grading scale in lipodystrophic HIV

patients: practical implications. *AIDS Res Hum Retroviruses* 2006; 22(9):830-6.

21. Heyward VH, Stolarczyk LM. *Avaliação da composição corporal aplicada*. 1ª ed. São Paulo: Manole, 2000.

22. Holmes WC, Shea JA. Two approaches to measuring quality of life in the HIV/AIDS population: HAT-QoL and MOS-HIV. *Qual Life Res* 1999; 8(6):515-27.

23. Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação em qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Pública* 2009; 25(1):69-76.

24. Lawlor DA, Taylor M, Bedford C, Ebrahim S. Is housework good for health? Levels of physical activity and factors associated with activity in elderly women. Results from the British Women's Heart and Health Study. *J Epidemiol Community Health* 2002; 56(6):473-8.

25. Stamatakis E, Hamer M, Lawor DA. Physical activity, mortality, and cardiovascular disease: is domestic physical activity beneficial? The Scottish Health Survey -- 1995, 1998, and 2003. *Am J Epidemiol* 2009; 169(10):1191-200.

26. Stamatakis E, Hillsdon M, Primatesta P. Domestic physical activity in relationship to multiple CVD risk factors. *Am J Prev Med* 2007; 32(4):320-7.

27. US. Department of Health & Human Services. *Physical Activity Guide-lines for Americans*. [internet]. 2008 [capturado 29 Nov 2011]. Disponível em: <http://www.health.gov/paguidelines/pdf/>.

28. John M, Nolan D, Mallal S. Antiretroviral therapy and the lipodystrophy syndrome. *Antivir Ther* 2001; 6(1):9-20.

29. Domingos H. Efeitos metabólicos associados à terapia anti-retroviral potente em pacientes com AIDS [Dissertação]. Campo Grande (MS):UNB/UFF/UFMS 2006; Xii:1-87.

30. Gibert CL, Shlay JC, Sharma S, Bartsch G, Peng G, Grunfeld C. Racial differences in changes of metabolic parameters and body composition in antiretroviral therapy-naive persons initiating antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2009; 50(1):44-53.

31. Fillipas S, Bowtell-Harris CA, Oldmeadow LB, Cicuttini F, Holland AE, Cherry CL. Physical activity uptake in patients with HIV: who does how much? *Int J STD AIDS* 2008; (8):514-8.

32. Cligerman EM. Participation in physical activity by persons living with HIV disease. *J Assoc Nurses AIDS Care* 2003; 14(5):59-70.

33. Haskell WL, Lee IM, Pate RR, Powell KE, Blair SN, Franklin BA et al. *Physical Activity and Public Health: Updated Recommendation for Adults from the American College of Sports Medicine and the American Heart Association*. *Med Sci Sports Exerc* 2007; 39(8):1423-34.

34. Domingo P, Sambeat MA, Perez A, Ordonez J, Rodriguez J, Vázquez G. Fat distribution and metabolic abnormalities in HIV-infected patients on first combination antiretroviral therapy including stavudine or zidovudine: role of physical activity as a protective factor. *Antivir Ther* 2003; 8(3):223-31.

35. Mutimura E, Stewart A, Rheeder P, Crowther NJ. Metabolic function and the prevalence of lipodystrophy in a population of HIV-infected African subjects receiving highly active antiretroviral therapy. *J Acquir Immune Defic Syndr* 2007; 46(4):451-5.

36. Robinson FP, Quinn LT, Rimmer JH. R. Effects of high-intensity endurance and resistance exercise on HIV metabolic abnormalities: a pilot study. *Biol Res Nurs* 2007; 8(3):177-85.
37. Lindegaard B, Hansen T, Hvid T, Van Hall G, Ploongard P, Ditlevsen S. et al. The effect of strength and endurance training on insulin sensitivity and fat distribution in human immunodeficiency virus-infected patients with lipodystrophy. *J Clin Endocrinol Metab* 2008; (10):3860-9.
38. Thoni GJ, Fedou C, BReynes J et al. Reduction of fat accumulation and lipid disorders by individualized light aerobic training in human immunodeficiency virus infected patients with lipodystrophy and/or dyslipidemia. *Diabetes Metab* 2002; 28(5):397-404.
39. Lavado GCF, Negrão CE. Efeitos do condicionamento físico aeróbio em pacientes com HIV/AIDS. *Rev Bras Atividade Física & Saúde* 2001; 6(1):66.
40. Sherman D. Essential information for providing quality care to patients with HIV/AIDS. *New York Nurses assoc* 1999; 30(2):8-19.
41. Galvão MTG, Cerqueira ATAR, Machado JM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT- QoL. *Cad Saúde Pública*. 2004; 20(2):430-7.
42. Brambatti L. Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids em Maputo, Moçambique [tese]. Brasília (DF): UNB; 2007.
43. Reis R. Qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais [Tese]. Ribeirão Preto (SP): USP; 2008.
44. Soares F. Polimetilmetacrilato no tratamento da lipoatrofia facial associada ao HIV/AIDS: impacto na contagem de CD4 e na qualidade de vida [tese]. Brasília (DF): UNB, 2011; 1-149.
45. Levyski L. Atenção à saúde das mulheres vivendo com HIV e AIDS no Distrito Federal: Um estudo sobre a Síndrome Lipodistrófica [Dissertação]. Brasília (DF): UNB; 2010.
46. Figueiredo RM, Sinkoc VM, Tomazim CC, Gallani MCBJ, Colombrini MRC. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldade relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev Latino-am Enfermagem* 2001; 9(4):50-5.
47. Polejack LS, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. *Ciênc Saúde Coletiva* 2010; 15(1):1201-8.
48. Veras JF, Petracco MM. Adoecimento psíquico em mulheres portadoras do vírus HIV: um desafio para a clínica contemporânea *Psicol Ciênc Prof*. 2007; 27(2):266-75.
49. Pereira M. A re(invenção) da sexualidade feminina após a infecção pelo HIV [tese]. São Paulo: USP; 2001.