



AUTOPERCEPÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIV COM COMPROMETIMENTO COGNITIVO

Self-Perception of Quality of Life in People with HIV and Cognitive Impairment

Vitor Alves Sarralheiro^a, Maria Rita Polo Gascón^b

^a Discente do curso de bacharelado em Psicologia, Universidade São Judas Tadeu (USJT); ^b Pós-doutora, Docente do curso bacharelado em Psicologia (USJT)

RESUMO

O vírus da imunodeficiência humana (HIV-1) afeta vários órgãos e sistemas do corpo humano, sendo o sistema nervoso central um dos mais afetados. Vários impactos podem ser observados nos domínios ambientais, sociais, físicos, psicológicos, espirituais e níveis de dependência, que agem diretamente na percepção que o indivíduo pode ter na qualidade de vida (QV). O objetivo deste estudo é investigar a percepção da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV com comprometimento cognitivo a partir de um delineamento transversal, em pacientes infectados pelo vírus HIV-1, em segmento no Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Foram utilizados como instrumentos de pesquisa, um questionário sociodemográfico, a Escala de Ansiedade e Depressão Hospitalar e o instrumento da Organização Mundial de Saúde Whoqol-HIV-Bref, com versão brasileira abreviada do instrumento completo (120 itens). Para análise estatística foi realizada média, frequência e desvio padrão, testes chi-quadrado, Anova e Post-Hoc, utilizando como parâmetro $p < 0.05$. Foram avaliados 575 participantes voluntários de ambos os sexos. A análise dos dados mostrou que os participantes com comprometimento cognitivo (MND e HAD) apresentaram pior percepção da qualidade de vida em todos os domínios avaliados e os participantes com formas mais graves, apresentaram altos índices de ansiedade e depressão. Este estudo identificou que a compreensão individual dos domínios da QV está intimamente relacionada com as taxas da HAND em PVHIV e que o tema possui grande importância para que futuras pesquisas sejam realizadas com essa população, uma vez que não possuem muitos estudos realizados que envolvam as temáticas QV e HAND.

Palavras-chave: HIV. Qualidade de vida. Whoqol-hiv-bref. Ansiedade. Depressão.

ABSTRACT

The human immunodeficiency virus (HIV-1) affects several organs and systems of the human body, the central nervous system being one of the most affected. Several impacts can be observed in the environmental, social, physical, psychological, spiritual domains and dependency levels, which act directly on the individual's perception of quality of life (QoL). The aim of this study is to investigate the perception of quality of life of people living with HIV with cognitive impairment from a cross-sectional design, in patients infected with the HIV-1 virus, in segment in the Emílio Ribas Institute of Infectious Diseases. The research instruments used were a sociodemographic questionnaire, the Hospital Anxiety and Depression Scale, and the World Health Organization Whoqol-HIV-Bref instrument, with a shortened Brazilian version of the complete instrument (120 items). For statistical analysis we used mean, frequency and standard deviation, Chi-square, Anova and Post-Hoc tests, using $p < 0.05$ as parameters. A total of 575 voluntary participants of both genders were evaluated. Data analysis showed that participants with cognitive impairment (MND and HAD) had worse perceived quality of life in all domains assessed and participants with more severe forms, had high rates of anxiety and depression. This study identified that the individual understanding of the domains of QL is closely related to the rates of HAND in PLHIV and that the theme has great importance for future research to be conducted with this population, since they do not have many studies involving the themes of QL and HAND.

Key words: HIV. Quality of life. Whoqol-hiv-bref. Anxiety. Depression

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência humana adquirida (AIDS) é uma doença que atinge o sistema imunológico humano, responsável pela defesa do organismo contra doenças e possíveis infecções, levando a diminuição de forma progressiva dos linfócitos T-CD4+, sendo decorrente do vírus da imunodeficiência humana (HIV) (1,2). A infecção causada pelo vírus do tipo 1 (HIV-1) ainda é um problema para o campo da saúde pública mundial, sobretudo brasileira (3).

O último levantamento epidemiológico realizado no ano de 2020 pelo Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), revelou uma taxa de 13677 novos diagnósticos ocorridos nas cinco regiões do país, sendo São Paulo o estado com maior índice, apresentando 2421 casos notificados, seguido do estado do Rio Grande do Sul, com 1203 casos (4). Esse vírus quando instaurado

no corpo humano atinge diferentes órgãos e sistemas, sendo um dos mais comprometidos, o sistema nervoso central (SNC), pois consegue ultrapassar a barreira hematoencefálica e assim chegar ao cérebro, infectando as células da glia, o que leva a um dano sináptico-dendrítico que pode ocasionar morte neural, mesmo que o vírus não afete diretamente os neurônios (1,5).

Após a passagem de tempo e a evolução da doença, pode-se ter a presença de Alterações Neurocognitivas Associadas ao HIV (HIV Associated Neurocognitive Disorders – HAND) (5). Pessoas que vivem com HIV (PVHIV) podem apresentar alterações em diferentes regiões do córtex cerebral, influenciando na memória, atenção, concentração e nas habilidades motoras, fazendo com que se tenha uma maior dificuldade de rastreamento nos consultórios médicos, pois os sintomas apresentados podem indicar uma série de outros distúrbios (6).

A classificação das categorias da HAND são recentes e divididas em: Alteração Neurocognitiva Assintomática (ANI, Assymptomatic Neurocognitive Impairment) quando observada a presença alterações de ≥ 2 domínios cognitivos, em pelo menos um desvio padrão abaixo da média na avaliação neuropsicológica, caracterizando-se como uma forma assintomática, Comprometimento Neurocognitivo Leve (MND, Mild Neurocognitive Disorder) onde também é observada a presença de alterações de ≥ 2 domínios cognitivos, em pelo menos um desvio padrão abaixo da média na avaliação neuropsicológica e apresenta um nível de comprometimento de forma leve/moderada nas ações do dia a dia e por último, Demência Associada ao HIV (HAD, HIV-Associated Dementia) caracterizada por alterações graves de ≥ 2 domínios cognitivos, geralmente o distúrbio é encontrado em múltiplos domínios e o comprometimento possui um maior índice de gravidade nas atividades da vida diária (AVDs) (1,5,6,7).

Com a introdução da terapia antirretroviral de alta potência (HAART), em 1996, se teve um aumento no tempo de sobrevivência e a melhora das condições clínicas imunológicas dos pacientes, assim como a diminuição dos casos de HAD (7,8). Mas, estudos apontam que o diagnóstico das formas mais leves do HAND (ANI e MND) ainda se fazem presentes na atualidade, o que faz com que

se possa ter o comprometimento da percepção de qualidade de vida (QV) desses indivíduos, por conta das alterações ocorridas nas AVDs (9).

No que se diz respeito sobre as condições de envelhecimento saudável, o aspecto cognitivo é um marcador importante para a visão da qualidade de vida, uma vez que, ao se constatar o declínio cognitivo à uma perda gradual das funções que antes eram tidas como supérfluas, como memória, atenção, linguagem e raciocínio lógico, afetando os níveis de relações sociais e independência, representando uma perspectiva subjetiva negativa da qualidade de vida (10).

Podemos definir qualidade de vida como sendo um conceito multidimensional, que inclui fatores ambientais, sociais, físicos e psicológicos que moldam a percepção que um indivíduo tem da própria vida, podendo ela ser positiva ou negativa, baseando-se em critérios como, satisfação, bem-estar, cultura, relacionamentos, valores e expectativas (10,11). Quando comparados PVHIV com indivíduos que não possuem a infecção, percebe-se que existe uma relação discrepante, pois quem possui o vírus relata uma piora na QV, isso se dá a fatores como, impacto do tratamento e do diagnóstico, problemas com a sexualidade, aceitação da família e meio de convívio e relações de autoimagem (8,12).

Doenças psiquiátricas como ansiedade e depressão, sofrem influência da QV, pois a constante percepção negativa dos domínios leva a uma queda da qualidade de vida dando margem para o desenvolvimento dessas enfermidades (12,13,14). Uma possível explicação se dá por fatores psicológicos e sociais de se viver com HIV e o tabu perante a sociedade, levando assim ao desenvolvimento de um quadro ansioso depressivo (8,15).

É importante destacar que para uma melhor compreensão da QV deve-se levar em conta as inter-relações e a subjetividade de cada ser humano, não só classificando-o em condições objetivas (14). Nesse sentido, faz-se necessário o conhecimento dos impactos cognitivos que o HIV pode originar em indivíduos e as repercussões do vírus na compreensão particular dos domínios que compõe

a qualidade de vida, possibilitando assim, um melhor caminho de rastreio clínico desses indivíduos e uma maior contribuição para a atenção à saúde, ao tratamento e o apoio a essa comunidade.

Considerando a carência de exploração de estudos brasileiros sobre qualidade de vida e HAND, este estudo teve como objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida em portadores de HIV de acordo com o grau de comprometimento cognitivo.

OBJETIVO(S)

Considerando a carência da exploração de estudos brasileiros sobre qualidade de vida e HAND, este estudo teve como objetivo avaliar a percepção da qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV de acordo com o grau de comprometimento cognitivo.

MATERIAIS E MÉTODOS

Foi realizado um estudo de delineamento transversal, em pacientes infectados pelo vírus HIV-1, em segmento no Instituto de Infectologia Emílio Ribas. Participaram desta pesquisa 575 pacientes do projeto de pesquisa “Prevalência e fatores associados as alterações cognitivas em pacientes com HIV”, com idade igual ou superior a 18 anos e com escolaridade mínima de 4 anos, em segmento que não apresentem os critérios de exclusão e que consentiram em participar do projeto, no período entre maio de 2013 a fevereiro de 2015. O projeto teve aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (CEP), sob número do CAAE: 14227913.0.0000.0061.

Após a aprovação foram excluídos pacientes com: Diagnóstico concomitante de doenças neurológicas oportunistas em atividade (toxoplasmose cerebral, neurotuberculose, meningite criptocócica, leucoencefalopatia multifocal progressiva), condições previamente documentadas (traumáticas, metabólicas, vasculares ou degenerativas) que dificultem a avaliação dos sintomas e sinais neurológicos (doença de Alzheimer ou demência vascular, neuropatia diabética),

uso de substâncias psicoativas, incapacidade para compreender os conteúdos necessários para a avaliação neurológica e aplicação dos testes do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Os dados demográficos e epidemiológicos avaliados foram: sexo, idade, data do diagnóstico da infecção pelo HIV e mecanismo de transmissão da infecção; dados clínicos; uso atual e histórico de antirretrovirais; dados laboratoriais; contagem de linfócitos CD4+, quantificação da carga viral do HIV-1. Foram considerados os resultados laboratoriais mais próximos à avaliação clínica (até 3 meses antes).

Para avaliação da QV foi utilizado o instrumento da Organização Mundial de Saúde -HIV-Bref, com versão brasileira abreviada do instrumento completo (120 itens), validada por Zimpel e Fleck (2005) (16) avalia a qualidade de vida genérica em pessoas que vivem com HIV/Aids e é composto por 31 itens, distribuídos em 6 domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/ crenças pessoais.

A análise estatística foi realizada no software SPSS 13.0. Foi utilizada estatística descritiva, análise de variância com o teste ANOVA para um critério e correlação de Pearson para avaliar a correlação entre os domínios do WHOQOL-HIV-Bref e variáveis sociodemográficas e clínicas. O nível de significância adotado foi de $p < 0.05$. ANálise post hoc.

Também foi utilizado na composição desses estudo a Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADs, Hospital Anxiety and Depression Scale), validada no Brasil e traduzida por Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr. e Pereira (1995) (17). O objetivo é detectar transtornos de humor em graus mais leves e é constituída por 14 itens de múltipla escolha, sendo sete para a avaliação da ansiedade (HADs-A) e sete para a avaliação da depressão (HADs-D) (17,18). Cada unidade possui quatro alternativas que podem variar de peso, pontuando de zero a três, totalizando 21 pontos no total. Recomenda-se a utilização dos escores de Zigmond e Snaith (1983), onde indica-se indícios de ansiedade e depressão quando se ter um escore maior ou igual a 8 (17,19).

RESULTADOS

Dos 575 participantes avaliados, 145 (25,2%) não apresentaram comprometimento cognitivo, 244 (42,4%) alteração cognitiva assintomática associada ao HIV (ANI), 105 (18,2%) comprometimento cognitivo leve (MILD) e 52 (9%) demência associada ao HIV.

A média de idade dos participantes foi de 44,46 anos (DP= 10,77), a maioria era do sexo masculino 377 (65,66%), solteiros 286 (49,7%), escolaridade média de 11,91 (3,68) anos, sem doenças prévias 294 (51,3%) e ou psiquiátricas 484 (84,1%), sendo a principal forma de transmissão do vírus a sexual 476 (82,7%), com carga viral indetectável 470 (82%) e com média de células CD4 de 621m/m³.

Tabela 1 - Distribuição dos dados sociodemográficos e clínicos de acordo com a classificação de HAND

Autopercepção da qualidade de vida de pessoas com HIV com comprometimento cognitivo

Variável	Sem Sintomas (n=145)		Alteração Assintomática (n=244)		Compr. Leve (n=105)		Demência Associada ao HIV (n=52)		Alteração Cogn. Decorrente do Estado de Humor (n=29)		Todos (n=575)	
	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP	M	DP
Idade	43,4	10,1	44,2	11,1	45,3	11,3	45,7	10,3	46,2	8,4	44,4	10,7
Escolaridade (anos)	13,2	3,62	11,6	3,46	11,7	3,43	10,1	4,19	11	3,68	11,9	3,68
Sexo	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>	<i>f</i>	<i>%</i>
Feminino	40	27,5	73	29,9	40	38,1	36	69,3	9	31	198	34,4
Masculino	105	72,5	171	70,1	65	61,9	16	30,7	20	69	377	65,6
Estado Civil												
Solteiro(a)	80	55,9	120	50,2	52	50,9	21	42,8	13	48,1	286	49,7
Casado(a)	32	22,3	51	21,3	20	19,6	8	16,3	6	22,2	117	20,3
Separado(a)	8	5,5	23	9,6	8	7,8	5	10,2	2	7,4	46	8
Viúvo(a)	7	4,8	24	10	13	12,7	10	20,4	2	7,4	56	9,7
União Estável	16	11,1	21	8,7	9	8,8	5	10,2	4	14,8	55	9,6
Doenças Prévias												
Sim	38	26,5	93	38,2	28	26,6	12	23	7	24,1	178	31,1
Não	105	73,4	150	61,7	77	73,3	40	76,9	22	75,8	294	51,3
Doenças Psiquiátricas												
Sim	16	11	29	11,8	27	25,7	15	28,8	4	13,7	91	15,8
Não	129	88,9	215	88,1	78	74,2	37	71,1	25	86,2	484	84,1
Transmissão												
Sexual	132	91	193	79	86	81,9	41	78,8	24	82,7	476	82,7
Vertical	5	3,4	13	5,3	5	4,7	3	5,7	1	3,4	27	4,6
Transfusão Sanguínea	0	0	12	4,9	3	2,8	2	3,8	0	0	17	2,9
Uso de Drogas	4	2,7	5	2	3	2,8	1	1,9	1	3,4	14	2,4
Outros	0	0	4	1,6	3	2,8	0	0	0	0	7	1,2
Não sabe	4	2,7	17	6,9	5	4,7	5	9,6	3	10,3	34	5,9
Carga Viral												
Indetectável	122	84,7	196	80,6	85	80,9	38	73	29	1	470	82
Detectável	22	15,2	46	18,9	20	19	14	26,9	0	0	102	17,8
CD4												
Média m/n³	633,59 m/n³		612,58 m/n³		633,93 m/n³		556,44 m/n³		707,41 m/n³		621,15 m/n³	
Desvio Padrão	275,94		276,06		366,9		298,1		319,84		298,4	

Analisando a média dos domínios do WHOQOL- HIV- Brief foi possível observar que os participantes com comprometimento cognitivo (MND e HAD) e alterações

cognitivas associadas ao humor (ACH) apresentaram pior percepção da qualidade de vida em todos os domínios avaliados.

Tabela 2 - Distribuição da Média dos Domínios do WHOQOL HIV-brief de acordo com a classificação do Comprometimento Cognitivo

Domínios WHOQOL- HIV- Brief	Normal (n=145)	ANI (n=244)	MND (n=105)	HAD (n=52)	ACH (n=29)	p	Post hoc
Físico	15.32±3.57	15.28±3.75	13.02±3.88	12.05±3.53	14.55±4.90	<0.001	b,c,e,f,h,i,j
Psicológico	14.48±3.32	14.66±3.27	12.66±3.40	11.41±3.56	13.79±4.19	<0.001	b,c,e,f,j
Independência	15.18±3.40	15.09±3.34	13.03±3.52	11.28±3.89	13.93±4.44	<0.001	b,c,e,f,h,j
Relações Sociais	15.13±3.46	14.61±3.60	13.40±3.8	11.76±3.9	14.31±4.5	<0.001	b,c,f,j
Meio Ambiente	14.31±3.05	13.85±3.02	12.91±3.17	12.12±3.13	13.22±3.93	<0.001	b,c,f
Espiritualidade	15.58±3.81	15.90±3.88	14.46±4.24	14.11±4.09	15.44±5.04	<0.001	e,f

Análises post hoc: a (NormalxANI); b (NormalxMND); c (NormalxHAD); d (NormalxACH); e (ANIxMND); f (ANIxHAD); g (ANIxACH); h (MNDxHAD); i (MNDxACH); j (HADxACH)

Os pacientes com as formas mais graves de comprometimento cognitivo também apresentaram médias mais altas de ansiedade e depressão quando comparado com os participantes sem alteração ou com alterações cognitivas assintomáticas.

Tabela 3 - Distribuição da média da pontuação bruta da Escala de Ansiedade e Depressão de acordo com a classificação de comprometimento cognitivo associado ao HIV.

Escala de Ansiedade e Depressão HAD	Normal (n=145)	ANI (n=244)	MND (n=105)	HAD (n=52)	ACH (n=29)	p	Post hoc
Ansiedade	6.55±3.98	6.51±3.80	9.46±4.24	10.09±4.88	6.79±4.51	<0.001	b, c, e, f, i, j
Depressão	4.97±3.53	4.92±3.28	8.04±4.20	10.05±4.76	4.82±3.01	<0.001	b, c, e, f, h, i, j

Análises post hoc: a (NormalxANI); b (NormalxMND); c (NormalxHAD); d (NormalxACH); e (ANIxMND); f (ANIxHAD); g (ANIxACH); h (MNDxHAD); i (MNDxACH); j (HADxACH)

Analisando as correlações dos domínios do WHOQOL HIV-brief com o questionário sociodemográfico temos que, o sexo feminino apresenta uma pior

percepção da qualidade de vida em todos os aspectos, já pessoas com idade mais avançada apresentam pior percepção no domínio independência ($r=0.028$). Indivíduos que encontram-se solteiros apresentaram pior correlação no domínios físico ($r=0.015$) psicológico ($r=0.004$) e independência ($r=0.025$), enquanto quem é viúvo nos domínios meio ambiente ($r=-0.035$) e espiritualidade ($r=-0.031$). Pessoas que possuíam histórico de doenças prévias apresentaram uma percepção mais negativa no domínio meio ambiente ($r=-0.007$), já em pessoas com doenças psiquiátricas não houve correlações suficientes.

Com relação ao tipo de transmissão, pessoas que contraíram o vírus de forma sexual apontam uma visão negativa dos domínios físico ($r=-0.046$), psicológico ($r=-0.020$) e meio ambiente ($r=-0.050$), enquanto quem não sabe a forma de transmissão revelam correlações nos domínios relações sociais ($r=0.001$) e espiritualidade ($r=0.001$). A respeito dos níveis de CD4 podemos dizer que pessoas que contêm uma taxa mais baixa apresentam uma compreensão negativa em todos os domínios, com exceção do domínio físico, já em relação a carga viral desses indivíduos, podemos afirmar que pessoas que possuem carga detectável apresentam uma pior percepção do domínio relações sociais ($r=-0.043$).

Tabela 4 - Distribuição da média dos domínios do Whoqol-HIV-Brief de acordo com a classificação dos dados sociodemográficos.

Domínios WHOQOL- HIV-Brief	Sexo (n=575)	Idade (n=575)	Estado Civil (n=575)	Escolaridade (n=575)	Doenças Prévias (n=575)	Doenças psiquiátricas (n=575)	Transmissão (n=575)	CD4 (n=575)	Carga Viral (n=575)
Físico	-0.207**	0.062	0.015	0.082*	-0.092*	0.218**	-0.046	0.090*	-0.110**
Psicológico	-0.214**	0.105*	0.004	0.097*	-0.102*	0.227**	-0.020	0.017	-0.068
Independência	-0.166**	0.028	0.025	0.115**	-0.096*	0.215**	-0.085*	0.044	-0.077
R. Sociais	-0.120**	0.081	0.065	0.100*	-0.082	0.163**	0.001	0.028	-0.043
Meio Ambiente	-0.226**	0.103*	-0.035	0.289**	-0.007	0.125**	-0.050	0.016	-0.055
Espiritualidade	-0.139**	0.176**	-0.031	0.056	-0.094*	0.089*	0.001	0.005	-0.064

* $p<0.05$ ** $p<0.01$

DISCUSSÃO

Alterações cognitivas em pacientes com HIV-1 não são rotineiramente rastreadas nos consultórios, apesar dos dados relacionando sua presença com pior prognóstico e menor aderência ao tratamento (6,20). Constatado o declínio cognitivo, estes pacientes necessitam de orientações específicas, e

possivelmente de maior supervisão por parte de seus acompanhantes e familiares, restrições em relação à sua vida social, profissional, emocional e física (10).

No Brasil, estudos recentes sobre a frequência de HAND, mostraram que as análises realizadas em diferentes regiões do país indicam uma variação entre, 4,6% e 74,7% (5,21,22). Entre as eventuais justificativas em relação a essa discrepância, destaca-se um conjunto de fatores sociodemográficos e aspectos regionais, que influenciam diretamente na comorbidade e no subtipo do HIV (6).

As funções cognitivas são fundamentais para a manutenção das informações e experiências ao qual somos expostos todos os dias (23). No processo de envelhecimento as alterações ocorridas nessas funções podem ser consideradas naturais por conta da neurodegeneração das células do SNC (24). Quando há um declínio nessa capacidade, leva-se a um quadro de dificuldade de realização de funções e afazeres presentes no dia a dia, tais como, memória, organização e elaboração de raciocínios e orientação espacial e temporal (23), afetando diretamente a qualidade de vida desses indivíduos.

Tendo em vista tais fatores, quando analisado o domínio físico, que corresponde aos fatores sobre a constituição corporal, que tem como base as facetas, dor e desconforto, energia e fadiga, sono e descanso e possíveis sintomas presentes na vida de PVHIV (13,25) percebe-se que os indivíduos possuem uma percepção de grau mais satisfatório com relação ao domínio. A melhor percepção pode estar associada a aspectos sociodemográficos (20) como idade, escolaridade e histórico de doenças prévias, impactando assim, em uma capacidade maior de cuidar de si mesmo, fazendo com que a visão da QV seja mais positiva (25).

O domínio psicológico engloba aspectos psicológicos presentes na qualidade de vida de um indivíduo, sendo dividido pelas facetas, sentimentos positivos, cognição, autoestima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos (3,13). Ao correlacionar as alterações cognitivas com o segundo domínio do instrumento, nota-se que há associação em um grau mais elevado, tendo influências das alterações cognitivas ocorridas, reafirmando que a QV e o estado

psicológico do paciente estão atrelados de forma direta, fazendo com que quanto melhor a visão sobre a qualidade de vida, menor será a tendência a se desenvolver possíveis alterações psicológicas (26).

Nível de independência, diz respeito à percepção pessoal sobre noções de mobilidade, atividade de vida diária (AVD), dependência de medicação ou tratamento e aptidão ao trabalho (13,20). O resultado da amostra sobre o domínio três, demonstra que o maior nível de comprometimento cognitivo associado a uma pior percepção da QV, pode ser justificado pela diferença entre os sexos biológicos, onde percebe-se uma marginalização do grupo feminino que vive com HIV, somado a falta de informação sobre o vírus, impactando assim no tipo de transmissão, fazendo com que esses indivíduos sofram com um impacto maior em suas ADV e na dependência ou adesão ao tratamento (20,27).

As relações sociais são divididas em quatro facetas, correspondendo à, relacionamentos pessoais, apoio social, atividade sexual e inclusão social sob a percepção individual de cada pessoa (3,13). A literatura alega que a presença de bases sólidas nos relacionamentos sociais, faz com que, haja a diminuição do preconceito e estigma, acarretando a um maior suporte ao enfrentamento da doença, tendo como resultado coeficientes superiores no domínio quatro, afirmando uma melhora na QV (20,25).

A compreensão do domínio cinco, meio ambiente, é definida por oito propriedades, formadas por segurança física, moradia, finanças, cuidados, informação, lazer, ambiente físico e transporte (3,13). Esse domínio obteve uma média baixa (M=12,91), evidenciando que esse grupo não está satisfeito com as condições avaliadas, tendo então uma visão negativa da QV, isso pode ser um reflexo em relação as alterações ocorridas nos aspectos de vida diária como, poluição, barulho, trânsito, clima, a capacidade de aprender novas informações e acesso a assistência de saúde (14).

O domínio espiritualidade, religião e crenças avalia, as crenças pessoais, perdão e culpa, a procuração sobre o futuro e a percepção de morte e morrer (3,13,14). O sexto domínio foi o que apresentou o melhor resultado por parte do grupo

avaliado, afirmando pouca ou mínima preocupação com o futuro e com a morte, isso evidencia que PVHIV não se sentem incomodadas pela presença do vírus em sua vida e que esta possui sentido (14,20).

Essa avaliação também sugere um reflexo dos avanços da TARV implantada no Brasil, que provoca a diminuição no curso da infecção, fazendo com que o sistema imunológico sofra uma menor quantidade de danos e em uma escala maior de tempo apresenta um avanço na visão de QV (14,28). Os resultados do estudo também mostraram que a aderência ao tratamento e melhoria das condições clínicas, influenciam em uma visão mais positiva dos aspectos que envolvem a qualidade de vida, pois pessoas que continham uma menor quantidade de CD4 apresentaram uma pior percepção nos domínios psicológico, independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade (3,29).

Também foi possível observar que as mulheres apresentaram maior vulnerabilidade tanto em relação a viver com o vírus, quanto a presença das HAND, tendo assim uma percepção mais negativa com relação a qualidade de vida. A vulnerabilidade feminina parece estar associada aos aspectos culturais, sociais e econômicos, que conferem às mesmas oportunidades desiguais na promoção, proteção e manutenção à saúde (30,31).

Cruz e Brito (32), em seu trabalho com grupos de mulheres portadores de HIV em organização não-governamental do Estado de São Paulo, observaram que a qualidade de vida dessas mulheres estava atrelada a condições financeiras melhores, o que facilitaria o autocuidado e tratamento.

Outro fator importante é o estado civil, pois indivíduos solteiros apresentaram piores escores nos domínios físico, psicológico e independência, o que sugere que pessoas sem parceiros tendem a ter uma pior interpretação dos aspectos relacionados a rede de apoio, configurações familiares e amizade e baixa aceitação a ajuda e amparo (33). Enquanto quem é viúvo, apresentou correlações nos domínios meio ambiente e espiritualidade que englobam aspectos de segurança física, econômica, psicológica, acesso à saúde de qualidade e preocupações com o futuro e a morte, demonstrando uma pior

percepção, divergindo de outros estudos onde apontam que viúvos possuem melhor percepção da QV (34).

Na avaliação sobre o tipo de transmissão houve maiores taxas por relações sexuais (82,7%), sendo que essa população mostrou uma pior visão dos domínios físico, psicológico e meio ambiente. Estudos sugerem que a maiores taxas de infecção por relações sexuais se dão por conta da vulnerabilidade dos jovens frente ao HIV/AIDS, fazendo com que a falta de políticas públicas mais assertivas, somado ao início precoce da vida sexual e o movimento de se colocar as IST's em segundo plano, dando prioridade a prevenção a gravidez, contribuem para o aumento da vulnerabilidade e da forma de transmissão via sexual (35). Essa análise também é contemplada pelo fator de que quanto mais jovens pior é a percepção sobre o domínio independência, que está relacionado a atividades de vida diária e acesso e dependência ao tratamento, acentuando a fragilidade dos jovens as IST's.

Quanto aos pacientes que informaram “não saber” a forma com que contraíram o vírus, destaca-se a correlação nos domínios relações sociais e espiritualidade, destacando-se sentimentos como culpa, preocupação com o futuro, questionamento sobre o apoio social e atividade sexual. A literatura sugere que pessoas que desconhecem a forma com que contraíram o vírus pode estar associado ao consumo de álcool e as mudanças de comportamento de risco (36), fazendo com que essa gama de sentimentos e questionamentos se faça mais presente.

A avaliação pessoal do estado de saúde é uma ferramenta importante para a mensuração do quadro clínico em que aquela pessoa se encontra. Os pacientes que continham as formas mais graves de comprometimento cognitivo, também foram os que apresentaram os maiores percentis de rastreio para transtornos de humor, o que impacta diretamente na QV. Considera-se que essa população faz parte do grupo de risco para o desenvolvimento de depressão e transtornos de ansiedade (37), pois o estigma de se viver com HIV/AIDS ainda se faz muito presente na sociedade (34), somado a fatores como, histórico de doença familiar

e falta de apoio social e financeiro (38) fazem com que tenham menor QV e maior predisposição ao desenvolvimento de doenças psiquiátricas.

Com base nos dados presentes nesse estudo é possível dizer que a baixa percepção na qualidade de vida pode ser vista como um reflexo dos fatores físicos, sociais, ambientais e psicológicos que a doença traz consigo para a vida da pessoa afetada, assim, deve-se compreender esse paciente de maneira ampla para que a análise possa ser mais assertiva. Além disso, o desenvolvimento de alterações cognitivas, faz com que os aspectos de vida diária sejam atingidos de forma a impactar nas melhorias da QV.

Em geral, não existem muitas pesquisas que avaliam a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV e que tenham comprometimento cognitivo, o que se encontra nos dias de hoje são pesquisas que ou avaliam a QV ou a HAND, então é importante que novas pesquisas sejam feitas que relacionem essa população com esses dois temas a fim de desmistificar a temática na sociedade e contribuir para a formação de novos profissionais para atender PVHIV e melhorias das políticas públicas de saúde dessa comunidade.

CONCLUSÃO

A partir da perspectiva apresentada, procurou-se estabelecer uma análise sobre a relação entre a percepção de qualidade de vida e o comprometimento cognitivo em pessoas que vivem com HIV. A investigação permitiu constatar que PVHIV possuem uma visão mais negativa sobre todos os domínios do WHOQOL-HIV-bref. Esse dado demonstra, que mesmo com os avanços da saúde e a implantação de políticas públicas para essa população, aspectos de cunho social e informativo, com relação ao público em geral, devem ser levados em conta para a melhoria das condições de vida.

Nesse sentido, pode-se afirmar que os pacientes que apresentavam graus de comprometimento cognitivo maiores, sendo eles, MND, HAD e ACH, também apresentaram as piores visões sobre a QV, fazendo com que a relação entre a HAND e a percepção desses indivíduos fosse de característica direta. Quantos

aos fatores de ansiedade e depressão sabe-se que essa população ainda enfrenta muitos estigmas e tabus com relação à sociedade, o que os deixa mais expostos e esse tipo de diagnóstico.

Com relação a avaliação neuropsicológica, na atualidade, não existe um padrão ouro para a análise da HAND, o que faz com que os estudos dificilmente conversem entre si, pois a falta de regulamentação da abertura para um grande intervalo de resultados, que acaba tornando complicado a centralidade de diversos estudos, pois utilizam instrumentos diferentes para a avaliação.

REFERÊNCIAS

1. Silvano, Sarah Moura. Prevalência e fatores associados às alterações neurocognitivas em adultos infectados com HIV-1 via transmissão vertical [dissertation]. São Paulo: University of São Paulo, Faculdade de Medicina; 2018. doi:10.11606/D.5.2019.tde-04072019-081734.
2. Neto CM, Pires EMC, de Souto Brito C, Beserra OLMG, Junior JFS, Mota JV, et al. Qualidade de vida no contexto de pacientes com HIV/AIDS: um estudo comparativo. Saúde e pesquisa. 2019;12(2):333–41. <https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p333-341>
3. Silveira MF, Ferreira AC, Brito MFSF, Pinho L de, Teixeira AL, Carneiro M. Propriedades psicométricas do WHOQOL-HIV Bref para avaliação da qualidade de vida. Psico-USF. 2019;24:475–87. <https://doi.org/10.1590/1413-82712019240306>
4. Brasil. Ministério da Saúde. Biblioteca Virtual em Saúde do Ministério da Saúde Secretaria de Vigilância em Saúde | Ministério da Saúde Boletim Epidemiológico. 2021. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>
5. Duarte EAC. Avaliação intra-hospitalar da prevalência de alterações cognitivas em pacientes HIV positivos e fatores associados. Medicina-Pedra Branca. 2019; <https://repositorio.animaeducacao.com.br/handle/ANIMA/9420>
6. Clifford DB. HIV-associated neurocognitive disorders: epidemiology, clinical manifestations, and diagnosis. Uptodate Retrieved January. 2020;10:2021. <https://www.medilib.ir/uptodate/show/3723>

7. Lima MCC. Prevalência de alterações neurocognitivas associadas ao HIV em uma coorte aderente ao antirretroviral em um hospital geral na cidade de São Paulo. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo. 2017; doi:10.11606/D.5.2018.tde-03012018-115244.
8. Pimentel GS. Qualidade de vida em indivíduos iniciando a terapia antirretroviral utilizando esquemas de primeira linha. 2019; <http://hdl.handle.net/1843/33773>
9. Tsegaw M, Andargie G, Alem G, Tareke M. Screening HIV-associated neurocognitive disorders (HAND) among HIV positive patients attending antiretroviral therapy in South Wollo, Ethiopia. J Psychiatr Res. 2017;85:37–41. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychires.2016.10.016>
10. Brandão BML da S, Silva AMB da, Souto RQ, Alves FAP, Araújo GKN de, Jardim VCF da S, et al. Relação da cognição e qualidade de vida entre idosos comunitários: estudo transversal. Rev Bras Enferm. 2020;73. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2019-0030>
11. da Silva JAC, de Souza LEA, Ganassoli C. Qualidade de vida na terceira idade. Revista da Sociedade Brasileira de Clínica Médica. 2017;15(3):146–9. <http://www.sbcm.org.br/ojs3/index.php/rsbcm/article/view/283>
12. Jesus GJ de, Oliveira LB de, Caliar J de S, Queiroz AAFL, Gir E, Reis RK. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. Acta Paulista de Enfermagem. 2017;30:301–7. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700046>
13. Canavarro MC, 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. 2011;9:49–66. <http://hdl.handle.net/10400.12/3452>
14. Marques SC, de Oliveira DC, Cecilio HPM, Silva CP, Sampaio LA, da Silva VXP. Avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão integrativa [Evaluating the quality of life of people living with HIV/AIDS: integrative review][Evaluación de la calidad de vida de personas que viven con VIH/SIDA: revisión integradora]. Revista Enfermagem UERJ. 2020;28:39144. <https://doi.org/10.12957/reuerj.2020.39144>
15. Cortez PR, Castro R, Grinsztejn B, Velasque L, Veloso V, Boni R de, et al. Qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS: aplicação das escalas WHOQOL BREF HIV e WHOQOL OLD. 2018; <https://www.arca.fiocruz.br/handle/icict/38620>

16. ZIMPEL, R.; FLECK, M. Instrumento WHOQOL. Manual do usuário. Saúde Mental pesquisa e evidência. Departamento de saúde mental e dependência química da OMS. 2005.
17. Botega NJ, Bio MR, Zomignani MA, Garcia Jr C, Pereira WAB. Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. Rev Saude Publica. 1995;29:359–63. <https://doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>
18. OLO ABAR, ANI L, LAZARINI GS, DOMINGUES B. TÍTULO: DIS ANCIAMEN O SOCIAL: ANÁLISE DA ANSIEDADE NA POPULAÇÃO. <https://www.conic-semesp.org.br/anais/files/2020/trabalho-1000005498.pdf>
19. Zigmond AS, Snaith RP. The hospital anxiety and depression scale. Acta Psychiatr Scand. 1983;67(6):361–70. <https://doi.org/10.1111/j.1600-0447.1983.tb09716.x>
20. Hipolito RL, Oliveira DC de, Costa TL da, Marques SC, Pereira ER, Gomes AMT. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship1. Rev Lat Am Enfermagem. 2017;25. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>
21. Fernandes Filho SMM, de Melo HRL. Frequency and risk factors for HIV-associated neurocognitive disorder and depression in older individuals with HIV in northeastern Brazil. Int Psychogeriatr. 2012;24(10):1648–55. <https://doi.org/10.1017/S1041610212000944>
22. Oliveira JF de, Greco DB, Oliveira GC, Christo PP, Guimarães MDC, Oliveira RC. Neurological disease in HIV-infected patients in the era of highly active antiretroviral treatment: a Brazilian experience. Rev Soc Bras Med Trop. 2006;39:146–51. <https://doi.org/10.1590/S0037-86822006000200002>
23. Prado M, Nazario S, Silva VHT, Martinho ACDO, Bergamim JSSP. Déficit cognitivo em idosos hospitalizados segundo Mini Exame do Estado Mental (MEEM): Revisão narrativa. Journal of Health Sciences. 2018;20(2):131–4. <https://doi.org/10.17921/2447-8938.2018v20n2p131-134>
24. Abreu BH. Alterações metabólicas associadas ao declínio cognitivo e neurodegeneração no cérebro diabético. 2020. <https://repositorio.ufsc.br/handle/123456789/219074>
25. Santos V da F, Galvão MTG, Cunha GH da, Lima ICV de, Gir E. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. Acta Paulista de Enfermagem. 2017;30:94–100. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700014>

26. Leite A de OF, Ferreira AL, Seling B, Mello J, Vieira M, Portuguez MW. Cognição, aspectos psicológicos e qualidade de vida em idosos com Comprometimento Cognitivo Leve. Estudos Interdisciplinares sobre o Envelhecimento. 2016;21(2). <https://doi.org/10.22456/2316-2171.60647>
27. Burlacu R, Umlauf A, Anca L, Gianella S, Radoi R, Marcotte TD, et al. Sex based differences in neurocognitive functioning in HIV infected young adults. AIDS. 2018;32(2):217. <https://doi.org/10.1097%2FQAD.0000000000001687>
28. Pimentel GS, Ceccato M das GB, Costa J de O, Mendes JC, Bonolo P de F, Silveira MR. Qualidade de vida em indivíduos iniciando a terapia antirretroviral: um estudo de coorte. Rev Saude Publica. 2020;54. <https://doi.org/10.11606/s1518-8787.2020054001920>
29. Soares MN, Silva CC, de Brito Guimaraes IR, Correa JME. Fatores que influenciam a qualidade de vida de portadores do vírus HIV: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review. 2019;2(6):5208–16. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n6-025>.
30. Reis, Renata Karina. Qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais [tese]. Ribeirão Preto: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto; 2008. doi:10.11606/T.22.2008.tde-06102008-141759.
31. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LA de S, Castrighini C de C, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. Revista da Escola de Enfermagem da USP. 2011;45:230–6. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342011000100032>
32. Cruz EFB. Fios da vida: tecendo o feminino em tempos de AIDS. 2002; http://www.aids.gov.br/final/biblioteca/fios_vid/fios1.htm
33. KLEIN JDB. QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS VIVENDO COM HIV EM NOVA FRIBURGO/RJ. 2019; <https://app.uff.br/riuff/handle/1/12616>
34. Inácio AS. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS: avaliação à luz da perceptiva de saúde. 2018; <http://repositorioinstitucional.uea.edu.br/handle/riuea/1020>
35. Rodrigues JA, Silva LHF da, Albuquerque SGE de, Nogueira JDA, Anjos UU dos, Nascimento JA do. Fatores contribuintes da vulnerabilidade individual dos jovens ao HIV. Rev bras ciênc Saúde. 2016;20(2):141–8. DOI:10.4034/RBCS.2016.20.02.08

36. Wandera B, Tumwesigye NM, Nankabirwa JI, Kambugu AD, Parkes-Ratanshi R, Mafigiri DK, et al. Alcohol consumption among HIV-infected persons in a large urban HIV clinic in Kampala Uganda: a constellation of harmful behaviors. PLoS One. 2015;10(5):e0126236. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0126236>
37. Souza Junior PRB de, Szwarcwald CL, Castilho EA de. Autoavaliação do estado de saúde por indivíduos infectados pelo HIV em terapia antirretroviral no Brasil. Cad Saude Publica. 2011;27:s56–66. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2011001300007>
38. da Silva Arruda AC, Coutinho DJG. Risco para depressão entre pacientes convivendo com HIV-AIDS. Revista Eletrônica Acervo Saúde. 2021;13(4):e6908–e6908. <https://doi.org/10.25248/reas.e6908.2021>