

Qualidade de vida de homens com AIDS e o modelo da determinação social da saúde¹

Gilmara Holanda da Cunha²
Maria Luciana Teles Fiuza³
Elucir Gir⁴
Priscila de Souza Aquino²
Ana Karina Bezerra Pinheiro⁵
Marli Teresinha Gimenez Galvão⁵

Objetivo: analisar a qualidade de vida (QV) de homens com AIDS, na perspectiva do modelo da determinação social da saúde (MDSS). Método: Estudo transversal, realizado em ambulatório de infectologia de um hospital universitário no Brasil durante um ano, com amostra de 138 pacientes. Para coleta de dados, utilizaram-se o formulário de caracterização sociodemográfica baseado no MDSS, envolvendo os determinantes individuais, proximais, intermediários e influência das redes sociais, além do instrumento de avaliação da QV de pessoas com HIV/AIDS. Projeto aprovado pelo comitê de ética sob protocolo no 040.06.12. Resultados: segundo o MDSS, a maioria dos homens com AIDS possuíam faixa etária de 30-49 anos (68,1%), cor parda (59,4%), heterossexuais (46,4%), solteiros (64,5%), católicos (68,8%), nível superior (39,2%), sem filhos (61,6%) e com vínculo empregatício (71,0%). A percepção da QV foi intermediária nos domínios físico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade, e para domínios psicológico e relações sociais, foi superior. Houve menor percepção da QV para homossexuais ($p=0,037$), casados ($p=0,077$) e com renda menor que um salário mínimo ($p=0,042$). Houve maior percepção da QV para pessoas sem religião ($p=0,005$), que moravam com parceiro ($p=0,049$) e com vínculo empregatício ($p=0,045$). Conclusão: os determinantes sociais influenciam na QV de homens com AIDS.

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

¹ Apoio financeiro do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Brasil, processo nº 476514/2012-6.

² PhD, Professor Doutor, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

³ MSc, Enfermeira, Hospital Universitário Walter Cantídio, Fortaleza, CE, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁵ PhD, Professor Associado, Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

Introdução

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) representa um problema de saúde da atualidade, em função do seu caráter pandêmico e gravidade. De 1980 a dezembro de 2013 foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN), 686.478 casos de AIDS, sendo 445.197 casos do sexo masculino e 241.223 do sexo feminino⁽¹⁾. Atualmente, a epidemia no país é estável e concentrada em subgrupos populacionais vulneráveis, mas os adultos do sexo masculino ainda são os mais acometidos⁽¹⁻²⁾.

A redução da morbidade e mortalidade pelo HIV ocorreu devido ao advento da terapia antirretroviral (TARV) em 1996. O Brasil foi o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso à TARV, sendo reconhecido internacionalmente por dispor de um programa que oferece boas respostas contra a epidemia de HIV/AIDS⁽³⁾.

Apesar de possuir um programa nacional de doenças sexualmente transmissíveis (DST) e AIDS muito organizado, deve-se considerar que os aspectos econômicos e políticos têm um significado fundamental para cada população na qual a AIDS vem se disseminando. Constata-se que a maioria dos casos de AIDS se encontra em países pobres, o que sugere a necessidade de se analisar os determinantes sociais de saúde dessas populações⁽⁴⁾.

Visto que a TARV aumentou a sobrevivência das pessoas com HIV/AIDS, dando à doença característica crônica, considera-se que a assistência em saúde torna-se de grande importância para esses indivíduos, os quais necessitam de cuidados singulares para a manutenção da qualidade de vida (QV).

A Organização Mundial da Saúde (OMS) em estudo colaborativo multicêntrico elaborou um instrumento para avaliação da QV numa perspectiva internacional e transcultural. Esse instrumento foi o *World Health Organization Quality of Life* (WHOQOL-100), que originou um instrumento específico para pessoas que vivem com HIV/AIDS, o WHOQOL-HIV⁽⁵⁾, já validado no Brasil⁽⁶⁾. A QV é a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações⁽⁷⁾. Estudos mostram que as pessoas com HIV/AIDS têm comprometimento da QV devido à discriminação e condições socioeconômicas desfavoráveis nas quais vivem, fato que pode determinar o aumento da mortalidade⁽⁸⁻¹⁰⁾.

Diante do exposto, com o intuito de contribuir na assistência em saúde das pessoas que vivem com HIV/AIDS e considerando que a maioria dos casos de infecção pelo HIV ocorre em indivíduos do sexo masculino, e que os determinantes sociais interferem nesse processo, propôs-se este estudo que tem por objetivo analisar a QV de homens com AIDS utilizando o WHOQOL-HIV brief, e tendo como referencial teórico o Modelo da Determinação Social da Saúde (MDSS).

Referencial teórico

Os determinantes sociais da saúde são as condições sociais em que as pessoas vivem, as quais repercutem na saúde. Há diferentes modelos de determinação social da saúde, mas a Comissão Nacional sobre Determinantes Sociais da Saúde escolheu o modelo de Dahlgren e Whitehead para ser utilizado no Brasil, por sua simplicidade e clara visualização gráfica dos determinantes sociais⁽¹¹⁾.

Nesse modelo⁽¹²⁾, os determinantes sociais da saúde são dispostos em camadas concêntricas, em que os indivíduos estão no centro do modelo: camada 1 (determinantes individuais: idade, sexo, herança genética); camada 2 (determinantes proximais: comportamentos e estilos de vida individuais); camada 3 (influência das redes sociais); camada 4 (determinantes intermediários: condições de vida, trabalho, alimentos, acesso a ambientes e serviços essenciais, como saúde, educação, saneamento, habitação); camada 5 (determinantes distais ou macrodeterminantes: condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, incluindo determinantes supranacionais como a globalização).

Método

Estudo transversal, com abordagem quantitativa, desenvolvido em ambulatório de Infectologia de um hospital universitário no Brasil, o qual atende a adultos com HIV/AIDS. O referido hospital dispõe de serviço ambulatorial, internamento em enfermarias e unidade de terapia intensiva, exames laboratoriais e radiológicos, fornecimento da TARV e preservativos.

Os dados foram coletados num período de um ano. Para atender aos objetivos do estudo, uma amostra foi dimensionada para estimar a média dos escores dos domínios do instrumento para avaliação da QV de pessoas com HIV/AIDS, o WHOQOL-HIV brief⁽⁶⁾, com 95% de confiança de que o erro da estimação não ultrapassasse

3%, considerando que a média de tais escores é de cerca de 13,7, conforme estudos prévios⁽¹³⁻¹⁴⁾, com desvio padrão de 3,8, e que havia 235 pacientes do sexo masculino acompanhados no ambulatório até o final do ano de 2011. Para tanto, aplicou-se a expressão:

$$n = \frac{z_{GC}^2 \cdot SD^2 \cdot N}{\varepsilon^2 \cdot \bar{X}^2 \cdot (N-1) + z_{GC}^2 \cdot SD^2}$$

Nesta fórmula, z_{GC} é igual ao valor da estatística z (1,96) para o grau de confiança adotado (95%), desvio padrão (DP), \bar{X} e ε correspondem à média e erro tolerável (0,03), respectivamente. Assim, foi calculada uma amostra de 138 pacientes.

Os critérios de inclusão foram: pessoas do sexo masculino com AIDS, maiores de 18 anos, em acompanhamento ambulatorial, em uso de TARV e assinatura prévia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Os critérios de exclusão envolveram: acesso à TARV no hospital, mas com acompanhamento em serviço privado, doença mental ou outra condição que impedisse responder aos formulários da pesquisa. Os participantes foram convidados a fazer parte do estudo quando compareciam às consultas no ambulatório. Dois formulários foram aplicados por meio de entrevista em ambiente privativo.

O Formulário de Caracterização Sociodemográfica para Pessoas com HIV/AIDS, construído de acordo com o MDSS⁽¹²⁾, sendo disposto em quatro camadas, a saber: 1- identificação, idade, cor; 2 - categoria de exposição, situação conjugal, religião, escolaridade; 3 - número de filhos, número de pessoas no domicílio, se mora com o parceiro; 4 - situação ocupacional e renda *per capita* em salários mínimos. Ressalta-se que o formulário considerou as camadas 1, 2, 3 e 4 do MDSS, enquanto a camada 5 foi utilizada na discussão dos achados, pois se refere aos determinantes distais ou macrodeterminantes, envolvendo as condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade, as políticas vigentes, os determinantes supranacionais e a globalização, de forma que não se refere diretamente às características pessoais dos participantes do estudo. O formulário foi validado após aplicação a 20 indivíduos do sexo masculino com AIDS, os quais não compuseram a amostra.

O outro formulário foi o Instrumento para Avaliação da QV de Pessoas com HIV/AIDS, o *World Health Organization Quality of Life instrument - HIV/AIDS module* (WHOQOL-HIV), que tem sua versão para a língua portuguesa já validada no Brasil⁽⁶⁾. A versão

completa possui 120 perguntas (WHOQOL-HIV), no entanto, utilizou-se a versão abreviada (WHOQOL-HIV bref), que avalia a QV genérica de pessoas com HIV/AIDS. O WHOQOL-HIV bref tem 31 itens que medem a QV, distribuídos em seis domínios, a saber: I. Físico (dor, desconforto, energia, fadiga, sono, descanso); II. Psicológico (sentimentos positivos e negativos, cognição, autoestima, imagem corporal, aparência); III. Nível de independência (mobilidade, atividades de vida diária, dependência de medicação e tratamentos, aptidão ao trabalho); IV. Relações sociais (relacionamentos pessoais, apoio social, atividade sexual); V. Meio ambiente (segurança física, moradia, finanças, acesso à saúde e assistência social, capacidade de adquirir informações e aprender novas habilidades, lazer, ambiente físico, transporte); VI. Espiritualidade/religião/crenças pessoais (perdão, culpa, preocupações sobre o futuro, morte e morrer). As questões são pontuadas em escala tipo Likert de 5 pontos, em que 1 (nada), 2 (muito pouco), 3 (mais ou menos), 4 (bastante) e 5 (extremamente), de forma que 1 indica percepções negativas e 5 indica percepções positivas. As pontuações dos domínios estão dispostas em direção positiva, na qual pontuações mais altas denotam melhor QV. Para os itens dor, desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação, morte e morrer, as pontuações não estão dispostas em direção positiva, e os escores mais altos não denotam melhor QV, necessitando serem invertidos. Os escores variam de 4 a 20 pontos, refletindo a pior e a melhor QV, respectivamente⁽⁶⁾.

Para caracterização do nível de percepção da QV para cada domínio, utilizou-se a classificação de estudos anteriores com pessoas que vivem com HIV/AIDS, em que os escores: entre 4 e 9,9, representa percepção inferior da QV, de 10 a 14,9, intermediária, e de 15 a 20, superior⁽¹³⁻¹⁴⁾.

Os dados obtidos foram organizados no Microsoft Excel 2007[®] e processados no *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18[®]. Para estatística descritiva utilizou-se a frequência absoluta e relativa, média, desvio padrão, mediana e valores mínimo e máximo. A análise de variância (ANOVA) foi usada para comparar as médias dos domínios do WHOQOL-HIV bref com as variáveis de interesse, além de serem aplicados os testes de Tukey e teste T para as análises intragrupo. Estabeleceu-se o nível de significância em 0,05 (5%), considerado estatisticamente significativo um valor de $p < 0,05$.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética do HUWC em 30 de julho de 2012, ainda segundo a Resolução nº 196/96 do Conselho Nacional de Saúde,

sob protocolo nº 040.06.12. Os participantes assinaram o TCLE, o anonimato foi mantido e os dados da pesquisa utilizados somente com fins científicos.

Resultados

A Tabela 1 apresenta a caracterização sociodemográfica dos homens com AIDS de acordo com as camadas 1, 2, 3 e 4 do MDSS. A média de idade foi de 40 anos, com valores mínimo e máximo de 20 e 78 anos, respectivamente. Destacou-se a faixa etária de 30 a 49 anos (68,1%) e a cor parda (59,4%). No que se refere à categoria de exposição, predominou a heterossexual (46,4%). A maioria dos indivíduos estava solteiros durante o estudo (64,5%), referia-se católicos (68,8%) e possuía nível superior de ensino (39,2%).

Maior parte dos homens não possuía filhos (61,6%) e apenas 11,6% referiram mais de seis filhos (11,6%), sendo nove filhos o número máximo. A maioria convivia com três a cinco pessoas no domicílio (47,1%), apresentava vínculo trabalhista formal na época da pesquisa (71,0%) e 58,0% obtinham renda mensal *per capita* maior que dois salários mínimos.

Tabela 1 – Distribuição dos homens com AIDS de acordo com as camadas 1, 2, 3 e 4 do modelo da determinação social da saúde (N=138). Fortaleza, CE, Brasil, 2013

Camadas do Modelo da Determinação Social da Saúde	n (%)
1. Determinantes individuais	
Faixa etária (em anos)*	
≤ 29	17 (12,3)
30-49	94 (68,1)
≥ 50	27 (19,6)
Cor	
Branca	42 (30,4)
Preta	14 (10,2)
Parda	82 (59,4)
2. Determinantes proximais	
Categoria de exposição	
Heterossexual	64 (46,4)
Homossexual	55 (39,9)
Bissexual	19 (13,7)
Situação conjugal	
Solteiro	89 (64,5)
Casado/Unido	39 (28,2)
Outros (divorciado, viúvo)	10 (7,3)
Religião	
Católica	95 (68,8)
Não professa	10 (7,3)
Outra	33 (23,9)
Escolaridade†	
Analfabeto	7 (5,1)
Fundamental	39 (28,2)

(continua...)

Tabela 1 - *continuação*

Camadas do Modelo da Determinação Social da Saúde	n (%)
Ensino Médio	38 (27,5)
Superior	54 (39,2)
3. Influência das redes sociais	
Número de Filhos‡	
Sem filhos	85 (61,6)
1 – 2	37 (26,8)
≥ 3	16 (11,6)
Número de pessoas no domicílio§	
1-2	57 (41,3)
3-5	65 (47,1)
≥ 6	16 (11,6)
Mora com o parceiro	
Sim	80 (58,0)
Não	58 (42,0)
4. Determinantes intermediários	
Situação ocupacional	
Com Vínculo Empregatício	98 (71,0)
Sem Vínculo Empregatício	21 (15,2)
Outro	19 (13,8)
Renda <i>per capita</i>	
< 1 salário mínimo	5 (3,6)
1-2 salários mínimos	53 (38,4)
> 2 salários mínimos	80 (58,0)

Média ± desvio padrão: *Idade (40 ± 10,77); †Anos de estudo (11 ± 4,99); ‡Número de filhos (1 ± 1,52); §Número de pessoas no domicílio (3 ± 1,82); ||Valor do salário mínimo no ano de 2013 no Brasil, na época da pesquisa: R\$ 678,00.

A Tabela 2 mostra a distribuição dos parâmetros referentes aos domínios do WHOQOL-HIV brief. Para os domínios físico, nível de independência, meio ambiente e espiritualidade a percepção da QV foi intermediária, enquanto para os domínios psicológico e relações sociais, a percepção da QV foi superior.

Na análise da associação entre os escores dos domínios do WHOQOL-HIV brief e as camadas 1 e 2 do MDSS, observaram-se significância estatística em algumas situações. Os homossexuais apresentaram médias de escores para o domínio VI menores que as dos heterossexuais, mostrando menor percepção da QV por meio da espiritualidade ($p=0,037$). Os casados, em relação ao domínio V (meio ambiente), tiveram médias de escores menores que os solteiros ($p=0,077$). As pessoas que não professavam religião tiveram médias de escores maiores que os católicos nos domínios I ($p=0,005$), II ($p=0,017$) e III ($p=0,038$) (Tabela 3).

Constatou-se na análise da associação entre os escores dos domínios do WHOQOL-HIV brief e as camadas 3 e 4 do MDSS, que os indivíduos que moravam com o parceiro tinham média de escores maiores que a dos homens que moravam sozinhos, em relação ao domínio V ($p=0,049$). Os homens com vínculo empregatício possuíam média de escores maiores que os trabalhadores sem vínculo nos domínios II ($p=0,045$)

e III ($p=0,023$). Os que tinham renda *per capita* menor que um salário mínimo ($p=0,003$) e entre um e dois salários mínimos ($p=0,042$) possuíam média de escores para QV inferiores no domínio V, quando comparados aos indivíduos com renda *per capita* maior que três salários mínimos (Tabela 4).

Tabela 2 – Distribuição dos escores referentes aos domínios do WHOQOL-HIV bref aplicado a homens com AIDS em acompanhamento ambulatorial (N=138). Fortaleza, CE, Brasil, 2013

Domínios do WHOQOL-HIV Bref	Média ± desvio padrão	Mediana	Valor Mínimo	Valor Máximo
I. Físico	14,68 ± 3,28	15,00	7	20
II. Psicológico	15,32 ± 2,51	15,20	6,4	19,2
III. Nível de Independência	13,86 ± 2,87	14,00	5	20
IV. Relações sociais	15,50 ± 2,80	16	7	20
V. Meio ambiente	14,40 ± 2,12	14,50	9	18,50
VI. Espiritualidade	14,09 ± 3,88	13,50	7	20

WHOQOL-HIV bref: World Health Organization Quality of Life instrument-HIV bref.

Tabela 3 – Distribuição dos homens com AIDS de acordo com as camadas 1 e 2 do modelo da determinação social da saúde e escores dos domínios do WHOQOL-HIV bref (N=138). Fortaleza, CE, Brasil, 2013

Modelo da Determinação Social da Saúde	Escores dos domínios do WHOQOL-HIV bref (Média ± Desvio Padrão)					
	I	II	III	IV	V	VI
Camada 1						
Faixa etária (em anos)						
≤ 29	15,5 ± 3,3	15,2 ± 2,8	14,2 ± 2,3	16,4 ± 2,3	14,5 ± 2,0	13,4 ± 4,4
30-49	15,0 ± 3,3	15,5 ± 2,5	14,0 ± 2,8	15,4 ± 2,9	14,5 ± 2,1	14,2 ± 3,9
≥ 50	13,5 ± 2,7	14,9 ± 2,2	13,0 ± 3,1	15,4 ± 2,3	14,1 ± 2,0	14,0 ± 3,5
Valor de p	0,223	0,159	0,676	0,739	0,788	0,211
Cor (autorreferida)						
Branca	14,5 ± 3,0	14,9 ± 2,9	13,7 ± 2,7	15,2 ± 3,0	14,5 ± 1,9	13,1 ± 4,3
Preta	15,2 ± 3,2	15,4 ± 2,1	14,3 ± 3,1	15,5 ± 2,3	13,9 ± 2,4	14,7 ± 2,9
Parda	14,8 ± 3,3	15,5 ± 2,3	13,7 ± 2,9	15,7 ± 2,7	14,4 ± 2,1	14,4 ± 3,8
Valor de p	0,790	0,427	0,801	0,847	0,621	0,241
Camada 2						
Orientação Sexual						
Heterossexual	14,4 ± 3,2	15,6 ± 2,0	13,5 ± 3,0	15,5 ± 2,7	14,0 ± 2,1	14,8 ± 3,7
Homossexual	14,4 ± 3,2	15,0 ± 2,7	14,2 ± 2,8	15,5 ± 2,7	14,8 ± 1,9	12,9 ± 4,1*
Bissexual	15,6 ± 3,2	15,5 ± 3,0	13,8 ± 1,8	15,6 ± 3,1	14,5 ± 2,2	14,5 ± 3,4
Valor de p	0,598	0,555	0,263	0,956	0,103	0,040
Situação conjugal						
Solteiro	14,7 ± 3,2	15,2 ± 2,6	14,0 ± 2,6	15,7 ± 2,7	14,7 ± 2,0	13,7 ± 3,9
Casado/Unido	15,1 ± 3,4	15,9 ± 2,1	13,4 ± 2,4	15,5 ± 2,6	13,7 ± 2,3†	15,0 ± 3,8
Divorciado	13,9 ± 2,6	14,5 ± 2,7	13,4 ± 2,4	14,2 ± 3,4	14,3 ± 1,1	13,7 ± 3,5
Valor de p	0,525	0,154	0,379	0,300	0,040	0,229
Religião						
Católica	14,6 ± 3,1	15,0 ± 2,5	13,6 ± 2,9	15,5 ± 2,9	14,3 ± 2,1	13,6 ± 3,6
Outra	14,3 ± 3,3	15,8 ± 2,3	13,6 ± 2,7	15,2 ± 2,6	14,5 ± 2,1	14,5 ± 4,3
Não professa	18,0 ± 2,5‡	17,2 ± 1,6§	16,0 ± 2,0	17,1 ± 1,6	15,7 ± 1,5	16,6 ± 4,4
Valor de p	0,003	0,013	0,049	0,137	0,123	0,056
Escolaridade						
Analfabeto	14,4 ± 3,7	15,6 ± 1,7	14,0 ± 2,9	15,0 ± 2,5	14,0 ± 1,6	15,4 ± 3,8
Fundamental	14,0 ± 2,7	15,3 ± 2,2	13,2 ± 2,7	15,0 ± 2,5	14,2 ± 2,2	13,4 ± 3,7
Ensino Médio	15,4 ± 3,0	16,0 ± 2,1	13,4 ± 2,6	16,1 ± 2,5	14,3 ± 2,0	15,1 ± 4,0
Superior	14,9 ± 3,6	14,9 ± 2,9	14,5 ± 3,0	15,6 ± 3,0	14,7 ± 2,0	13,6 ± 3,9
Valor de p	0,241	0,153	0,315	0,235	0,504	0,05

WHOQOL-HIV bref: World Health Organization Quality of Life instrument-HIV bref. Análise intergrupo realizada pela Análise de variância (ANOVA). Análise intragrupo realizada pelo Teste de Tukey: * $p=0,037$; † $p=0,077$; ‡ $p=0,005$; § $p=0,017$; || $p=0,038$.

Tabela 4 – Distribuição dos homens com AIDS de acordo com as camadas 3 e 4 do Modelo da Determinação Social da Saúde e escores dos domínios do instrumento WHOQOL-HIV bref (N=138). Fortaleza, CE, Brasil, 2013

Modelo da Determinação Social da Saúde	Escores dos domínios do WHOQOL-HIV bref (Média ± Desvio Padrão)					
	I	II	III	IV	V	VI
Camada 3						
Número de filhos						
Sem filhos	14,7 ± 3,1	15,2 ± 2,6	14,2 ± 2,7	15,6 ± 2,7	14,5 ± 2,0	13,9 ± 4,0
1–2	15,1 ± 3,4	15,6 ± 2,2	13,3 ± 2,8	15,4 ± 3,1	14,1 ± 2,0	13,9 ± 3,8
≥ 3	14,5 ± 3,2	15,3 ± 2,6	13,1 ± 3,6	15,3 ± 2,0	14,4 ± 2,4	15,1 ± 3,7
Valor de <i>p</i>	0,874	0,772	0,261	0,863	0,598	0,547
Número de pessoas no domicílio						
1–2	15,0 ± 3,3	15,2 ± 2,1	13,9 ± 2,7	15,6 ± 2,4	14,4 ± 2,1	14,1 ± 4,0
3–5	14,7 ± 3,3	15,6 ± 2,1	14,0 ± 2,7	15,9 ± 2,4	14,6 ± 2,1	13,8 ± 4,0
≥ 6	14,1 ± 2,9	14,7 ± 3,0	12,6 ± 3,4	14,0 ± 2,9	13,5 ± 1,9	14,9 ± 3,6
Valor de <i>p</i>	0,715	0,413	0,218	0,054	0,196	0,597
Mora com o parceiro						
Sim	14,6 ± 3,2	15,2 ± 2,6	14,0 ± 2,5	15,5 ± 2,8	14,7 ± 1,9*	13,7 ± 3,9
Não	15,2 ± 3,3	15,8 ± 2,1	13,5 ± 3,3	15,5 ± 2,7	13,9 ± 2,2	14,8 ± 3,7
Valor de <i>p</i>	0,280	0,155	0,153	0,867	0,049	0,158
Camada 4						
Situação ocupacional (vínculo empregatício)						
Com Vínculo	15,1 ± 3,2	15,7 ± 2,3†	14,2 ± 2,6‡	15,2 ± 2,8	16,6 ± 2,0	14,3 ± 4,3
Sem Vínculo	14,0 ± 3,1	14,3 ± 3,0	12,5 ± 3,3	15,3 ± 3,0	13,6 ± 2,4	13,7 ± 3,9
Outro	14,6 ± 3,4	14,9 ± 2,3	13,0 ± 2,9	15,5 ± 2,5	14,2 ± 1,7	13,1 ± 3,4
Valor de <i>p</i>	0,359	0,045	0,015	0,841	0,142	0,360
Renda <i>per capita</i> em salários mínimos (SM)						
< 1 SM	15,7 ± 2,7	15,1 ± 2,1	13,0 ± 2,5	13,8 ± 2,7	12,0 ± 1,4§	15,5 ± 4,0
1-2 SM	14,2 ± 3,3	15,1 ± 2,7	13,2 ± 2,7	15,5 ± 2,4	14,1 ± 2,2	13,6 ± 3,9
≥ 3	15,0 ± 3,2	15,6 ± 2,3	14,3 ± 2,9	15,7 ± 2,9	14,9 ± 1,8	14,2 ± 3,9
Valor de <i>p</i>	0,372	0,232	0,059	0,066	0,001	0,762

WHOQOL-HIV bref: World Health Organization Quality of Life instrument-HIV bref. Análise intergrupo realizada pela Análise de variância (ANOVA). Análise intragrupo realizada pelo Teste T, **p*=0,049; e Teste de Tukey: †*p*=0,045; ‡*p*=0,023; §*p*=0,003; ||*p*=0,042.

Discussão

Os determinantes sociais da saúde têm sua importância por predizerem a proporção das variações do estado de saúde, a iniquidade sanitária e os comportamentos relacionados com a saúde. A determinação social da saúde está alicerçada num fundamento ético que é a equidade, definida como a ausência de diferenças injustas entre grupos populacionais, de forma que as iniquidades em saúde são diferenças socialmente produzidas⁽¹¹⁾.

Segundo a camada 1 do MDSS, que observa os determinantes individuais, a faixa etária concentrou-se de 30 a 49 anos, mostrando uma dinâmica nacional na qual a maioria dos homens infectados pelo HIV entre os anos 2000 a 2011 estão concentrados nessa faixa etária⁽¹⁾. Acerca da cor, os resultados foram semelhantes aos de um estudo realizado no Maranhão, em que a cor prevalente foi a parda⁽¹⁵⁾. Ressalta-se que os determinantes individuais, em geral, são considerados não modificáveis⁽¹¹⁾.

Na análise da camada 2, constatou-se o destaque da categoria de exposição heterossexual, o que também

representa uma realidade nacional⁽¹⁾. Esse fato remete à questão da vulnerabilidade em relação ao HIV/AIDS, que se vincula a um conjunto de aspectos individuais e comportamentais que facilitam a infecção, além dos aspectos sociopolíticos, que são representados pelo compromisso das autoridades, ações intersetoriais e financiamentos⁽¹⁶⁾.

Maior parte dos homens com AIDS eram solteiros e católicos o que também foi observado em outro estudo⁽⁴⁾. Em relação à escolaridade, a maioria possuía nível superior e tinha renda *per capita* maior que dois salários mínimos, diferindo dos achados de outras pesquisas nas quais a maioria dos homens com AIDS possuía baixa escolaridade e renda, além de exercerem atividades informais e sem vínculo empregatício^(4,14,17). Maior parte dos homens não possuía filhos, o que pode decorrer do considerável número de homossexuais (39,9%) ou bissexuais (13,7%).

Em relação às médias dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV bref, constatou-se que foram semelhantes às encontradas em outras pesquisas com pessoas que vivem com AIDS, destacando-se uma percepção

intermediária em relação à QV⁽¹³⁻¹⁴⁾. Ressalta-se que as médias mais baixas estavam relacionadas ao domínio III, que representa o nível de independência. Dessa forma, os indivíduos possuíam alterações na mobilidade, nas atividades da vida diária, dependência de medicação e tratamentos, além de interferência na aptidão para o trabalho. Esses achados relacionam-se à mudança no estilo de vida após o diagnóstico de infecção pelo HIV, inserção da TARV, assim como a ocorrência da estigmatização^(2-3,9,13-14).

No contexto do MDSS, observou-se que os homossexuais apresentavam médias de escores mais baixas em relação à espiritualidade ($p=0,037$), o que envolve perdão e culpa, preocupações sobre o futuro, morte e morrer. Esse achado reporta aos primórdios da epidemia do HIV/AIDS, em que a infecção era atribuída aos grupos de risco, sobretudo, os homossexuais, além do fato de a infecção significar a morte, o que posteriormente foi modificado com o advento da TARV, que aumentou a sobrevivência das pessoas com AIDS⁽⁸⁻¹¹⁾.

Os casados tiveram médias de escores menores do que os solteiros, no que se refere ao domínio V ($p=0,077$), representado pela segurança física, moradia, finanças, acesso à saúde e assistência social, capacidade de adquirir informações e aprender novas habilidades, lazer, ambiente físico e transporte. Esse achado pode ocorrer porque os casados devem prover as necessidades da família, diminuindo a renda *per capita* dos que habitam no mesmo domicílio⁽⁴⁾.

As pessoas que não professavam religião tiveram médias de escores maiores que os católicos no domínio I ($p=0,005$), II ($p=0,017$) e III ($p=0,038$). Esse achado discorda da literatura pertinente, em que há correlação positiva entre a saúde e a espiritualidade, posto que uma religião constitua um subsídio para o fortalecimento diante das adversidades impostas pela condição patológica. Ademais, a AIDS representa no meio social, uma série de metáforas depreciativas, como associações a castigo e punição, que seriam a condenação por comportamentos socialmente reprovados⁽¹⁸⁻¹⁹⁾.

O fato de morar com um parceiro também aumentou a percepção da QV em relação ao domínio V ($p=0,049$). Esse aspecto pode relacionar-se ao suporte social, o qual aponta a influência das interações sociais sobre o bem-estar e saúde das pessoas. No entanto, devido ao estigma decorrente da doença, a condição de soropositividade para o HIV pode prejudicar o suporte social específico relacionado à enfermidade⁽²⁰⁾.

Ter vínculo empregatício elevou a média de escores nos domínios II ($p=0,045$) e III ($p=0,023$), enquanto

a renda *per capita* maior que três salários mínimos aumentou o valor médio de escores em relação ao domínio V, quando comparado às pessoas com renda *per capita* menor que um salário mínimo ($p=0,003$) e entre um e dois salários mínimos ($p=0,042$).

Diante do exposto, a inclusão social da pessoa com HIV no ambiente de trabalho é considerada favorável para a QV. Entretanto, o que se observa é a discriminação tanto por parte do empregador como pelos colegas de trabalho. Tal fato culmina em exclusão dos direitos mais elementares de cidadania, que é o trabalho. No Brasil, desde o início dos anos de 1990, uma portaria interministerial proíbe, no âmbito do serviço público federal, a exigência de teste de detecção do HIV em exames pré-admissionais e em exames periódicos de saúde, pois a sorologia positiva para o HIV não acarreta prejuízo da capacidade laborativa, e o convívio social e profissional com esses indivíduos não configura risco de contágio⁽²¹⁾.

Quanto à camada 5 do MDSS, temos os determinantes distais ou macrodeterminantes, representados pelas condições econômicas, culturais e ambientais da sociedade⁽¹²⁾. Essa camada não foi integrada ao instrumento de coleta de dados, o que pode representar até mesmo uma limitação do estudo, que ocorreu devido ao fato de os sujeitos da pesquisa não reconhecerem os macrodeterminantes ou os aspectos mais gerais da sociedade na qual estão inseridos, incluindo-se a isso até o entendimento acerca das políticas de saúde direcionadas a prevenção, controle e tratamento da infecção pelo HIV/AIDS.

Nesse contexto, inicialmente, devido à inexistência de uma política pública estruturada pelo Estado visando o combate do HIV/AIDS surgiram um grande número de Organizações Não Governamentais (ONGs) voltadas para a doença no país. A política de enfrentamento ganhou força ao atingir diversos grupos sociais, quando a sociedade civil se mobilizou e garantiu sua priorização, a pressão política e financiamento. Atualmente, o Brasil tem uma das mais modernas políticas de enfrentamento ao HIV/AIDS, sendo referência internacional⁽²²⁾.

A política vigente em relação à prevenção, tratamento e controle do HIV/AIDS é resultado de uma construção social e histórica da epidemia. As primeiras discussões acerca do seu controle foram voltadas para a identificação dos fatores de risco, um conceito que entrou em desuso por resultar na estigmatização de grupos, tais como os homossexuais. Posteriormente, houve substituição pelo conceito de comportamentos de risco, que induziu à culpabilização da população

pelos insucessos diante da prevenção do HIV/AIDS. Assim, essas abordagens mostraram-se ineficientes e desfavoráveis ao enfrentamento da epidemia, por não considerarem a influência dos determinantes sociais, culturais e contextuais⁽²³⁾.

Atualmente, tem-se no país uma epidemia estável e o conceito de vulnerabilidade passou a ser utilizado no contexto do HIV/AIDS, visto que a epidemia está concentrada em subgrupos populacionais vulneráveis^(3,18). Isso significa que, além dos grupos acometidos inicialmente pelo HIV/AIDS, como os homossexuais, profissionais do sexo, usuários de drogas injetáveis e hemofílicos, também passaram a ser acometidos as pessoas em relacionamentos estáveis que possuem comportamentos de risco e não utilizam preservativos, os adolescentes, os idosos, os indivíduos com baixa escolaridade, renda reduzida e que habitam nas regiões interioranas do país ^(3,18,22-23).

Conclusão

A utilização do MDSS e a aplicação do WHOQOL-HIV bref permitiram identificar a percepção da QV de homens com AIDS, que na maioria das vezes foi intermediária. Esse achado mostra que, apesar da existência de políticas de acesso à TARV e ao atendimento em saúde disponível na rede pública, outros aspectos como os determinantes sociais da saúde devem ser considerados para as populações nas quais o HIV vem se disseminando.

Estudos dessa natureza são pertinentes para entender o contexto no qual está inserido as pessoas com HIV/AIDS, pois, assim, a vida desses indivíduos passa a ser vista de um ângulo multidimensional e as intervenções podem ser mais efetivas. Associações estatísticas acerca da categoria de exposição, situação conjugal, religião, vínculo empregatício e renda foram observadas, confirmando a importância dos determinantes sociais da saúde, visto que interferem na forma como os homens vivenciam o processo de saúde e doença.

Ressaltamos a importância desse estudo para o conhecimento da realidade em que vivem as pessoas com AIDS, visto que isso pode contribuir com a assistência em saúde. Destacamos a necessidade de mais pesquisas acerca da temática, com o intuito de contribuir para a QV desses indivíduos e diminuir a morbidade e mortalidade. Assim, apesar de ainda não haver a cura, a infecção pelo HIV e a AIDS poderão ser efetivamente consideradas condições crônicas.

Referências

1. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Boletim Epidemiológico: aids e DST, ano II, nº 01, até semana epidemiológica 26ª. Brasília: Ministério da Saúde; 2013. 68 p.
2. Alcântara KC, Lins JB, Albuquerque M, Aires LM, Cardoso LP, Minuzzi AL, et al. HIV-1 mother-to-child transmission and drug resistance among brazilian pregnant women with high access to diagnosis and prophylactic measures. *J Clin Virol.* 2012;54(1):15-20.
3. Duarte OS, Ramos DG, Pereira JCR. Padrão de incorporação de fármacos antirretrovirais pelo sistema público de saúde no Brasil. *Rev. bras. Epidemiol.* 2011;14(4):541-7.
4. Cunha GH, Galvão MTG. Contexto sociodemográfico de pacientes com HIV/aids atendidos em consulta de enfermagem. *Rev enfermagem UFPE on line.* 2011;5(3):713-21.
5. WHOQOL HIV Group. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and Aids: results from the field test. *AIDS Care.* 2004;16(7):882-9.
6. Zimpel RR, Fleck MP. Quality of life in HIV-positive brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care.* 2007;19(7):923-30.
7. Skevington SM, O'Connell KA; WHOQOL Group. Can we identify the poorest quality of life? Assessing the importance of quality of life using the WHOQOL-100. *Qual Life Res.* 2004;13(1):23-34.
8. Abasiubong F, Ekott JU, Bassey EA, Etukumana EA, Edyang-Ekpa M. Quality of life in people living with HIV/aids in Niger Delta Region, Nigeria. *J Ment Health.* 2010;19(2):211-8.
9. Ho CF, Twinn S, Cheng KK. Quality of life constructs of Chinese people living with HIV/aids. *Psychol Health Med.* 2010;15(2):210-9.
10. Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MTG, Gir E. Symptoms of depression and quality of life of people living with HIV/AIDS. *Rev. Latino-Am. Enfermagem.* 2011;19(4):874-81.
11. Mendes EV. O cuidado das condições crônicas na atenção primária à saúde: o imperativo da consolidação da estratégia da saúde da família. Brasília: Organização Pan-Americana da Saúde; 2012.
12. Dahlgren G, Whitehead M. Policies and strategies to promote social equity in health. Background document to WHO – Strategy paper for Europe. Stockholm: Arbetsrapport/ Institutet for Framtidsstudier; 2007.

13. Santos ECM, França Júnior I, Lopes F. Quality of life of people living with HIV/aids in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública*. 2007;41(2):64-71.
14. Costa TL, Oliveira DM. Qualidade de vida de pessoas com vírus da imunodeficiência humana e a interiorização: avaliação multidimensional. *Rev enferm UFPE on line*. 2013;7(10):5866-75.
15. Serra LC, Ross JR. Clinical-epidemiological study of co-infection tuberculosis/HIV in a city in countryside of Maranhão. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(2):122-5.
16. Marques JS Jr, Gomes R, Nascimento EF. Hegemonic masculinity, vulnerability and the prevention of HIV/aids. *Ciênc. saúde coletiva*. 2012;17(2):511-20.
17. Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with human immunodeficiency vírus/acquired immunodeficiency syndrome in outpatient care. *Acta Paul Enferm*. 2010;23(4):526-32.
18. Ferreira DC, Favoreto CAO, Guimarães MBL. The influence of religiousness on living with HIV. *Interface (Botucatu)*. 2012;16(41):383-93.
19. Medeiros B, Saldanha AAW. The relationship between religiousness and quality of life in people living with HIV. *Estud. psicol*. 2012;29(1):53-61.
20. Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psic.: Teor. e Pesq*. 2006;22(3):317-26.
21. Freitas JG, Galvão MTG, Araujo MFM, Costa E, Lima ICV. Coping experiences in the work environment of men living with HIV/aids. *Rev Esc Enferm USP*. 46(3):720-6, 2012.
22. Sousa AM, Lyra A, Araújo CCF, Pontes JL, Freire RC, Pontes TL. The aids policy in Brazil: a literature review. *J Manag Prim Health Care*. 2012;3(1):62-66.
23. Sousa PJ, Ferreira LOC, Sá JB. Descriptive study of homophobia and vulnerability to HIV/aids of the transvestites in the metropolitan region of Recife, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva*. 2013;18(8):2239-51.