

Nível de atividade física, indicadores clínicos e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS

Level of physical activity, clinical indicators and quality of life for people living with HIV/AIDS

Leandro dos Santos¹
Mabel Micheline Olkoski¹
Danilo Rodrigues Pereira da Silva¹
David Ohara¹
Janice Sonigo²
Airton José Rombaldi³

Rev Bras Ativ Fis Saúde p. 711-720
DOI
<http://dx.doi.org/10.12820/rbafs.v.19n6p711>

¹ Universidade Estadual de Londrina, Programa de Pós-graduação Associado UEL/UEM, Paraná, Brasil.

² Universidade Federal de Santa Maria, Programa de Pós-Graduação, Rio Grande do Sul, Brasil.

³ Universidade Federal de Pelotas, Programa de Pós-Graduação em Educação Física, Rio Grande do Sul, Brasil

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), transmitida pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), é uma doença crônica com expectativa de vida cada vez mais ampliada para estas pessoas. A atividade física apresenta-se como uma ferramenta terapêutica na manutenção e melhora da saúde e da qualidade de vida da população vivendo com HIV/AIDS. No entanto, pouco se sabe acerca da influência da atividade física na saúde e na qualidade de vida desses indivíduos. Nesse sentido, o objetivo do presente estudo foi associar o nível de atividade física, indicadores clínicos e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil. Para tanto, foram avaliados 72 indivíduos de ambos os sexos, quanto ao nível de atividade física, perfil socioeconômico, antropométrico, clínico e sua qualidade de vida. Como resultados, verificou-se que aproximadamente 72% da amostra era insuficientemente ativa fisicamente. O tempo de diagnóstico foi a única variável associada ao nível de atividade física ($p = 0,04$), com maior prevalência de fisicamente ativos (43,2%) entre os indivíduos com menor tempo de diagnóstico (≤ 84 meses). O domínio referente à função sexual foi o que apresentou maiores escores em todas as análises. Os indivíduos ativos fisicamente apresentaram maior escore ($p = 0,015$) apenas no domínio “preocupação com a medicação”. Em conclusão, o tempo de diagnóstico, a função sexual e a preocupação com a medicação foram os únicos itens que apresentaram associação com o nível de atividade física em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

PALAVRAS-CHAVE

AIDS; Atividade Física; Saúde; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), transmitted by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), is a chronic disease with a life expectancy increasingly expanded to their peoples. Physical activity is presented as a therapeutic tool in maintaining and improving the health and quality of life of people living with HIV / AIDS. However, little is known about the influence of physical activity on health and quality of life of these individuals. In this paper the aim to associate the level of physical activity with socioeconomic, anthropometry, clinical factors and quality of life of individuals living with HIV/AIDS in the central region of Rio Grande do Sul - southern Brazil. Were evaluated seventy-two subjects of both sexes and living with HIV/AIDS were evaluated regarding their socioeconomic status, anthropometry, clinical profile and quality of life. Results: Approximately 72% of the sample was classified as insufficiently active. “Time of contamination” was the only variable associated to physical activity ($p = 0.04$), with higher prevalence of physically active individuals (43.2%) among subjects with lower time of diagnosis (≤ 84 months). Domain regarding sexual function showed highest scores for all analysis. Physically active subjects had higher score on “concern with medication”. In conclusion, the time of diagnosis, sexual function and concern about their medication were the only items that were associated with the level of physical activity among people living with HIV / AIDS.

KEYWORDS

AIDS; Physical Activity; Health; Quality of Life.

INTRODUÇÃO

Segundo dados da Organização Mundial da Saúde (OMS) aproximadamente 35 milhões de pessoas vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) e a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) no mundo todo¹. No Brasil, são registrados a cada ano aproximadamente cerca de 36 mil novos casos². Os últimos 10 anos marcaram uma redução da incidência e dos casos de morte, em parte devido às terapias antirretrovirais (TARV). No entanto, essa terapia também promove efeitos colaterais como, por exemplo, a redistribuição da gordura corporal para a região central, o que pode favorecer a ocorrência de doenças metabólicas e/ou cardiovasculares^{3,4}.

Nesse sentido, pesquisadores da área mostram a importância da prática regular de exercícios físicos para essa população⁵⁻⁸. Entretanto, algumas pessoas vivendo com HIV/AIDS não têm a possibilidade de participar de um programa de exercício físico específico. Assim, analisar e orientar essa população quanto à atividade física sob a perspectiva observacional, pode ser uma alternativa interessante, por ser de fácil realização e ter a possibilidade de ser usada como orientação para grandes grupos.

Em 2012, o Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, AIDS e Hepatites Virais da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, acompanhando essa mudança, disponibilizaram recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Essas visam orientar os profissionais de saúde na intenção de amenizar os efeitos do tratamento e da própria infecção pelo vírus, sobre a saúde e a qualidade de vida dessa população⁹. Contudo, ainda pouco se sabe sobre a relação entre o nível de atividade física e parâmetros da saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Parece existir uma relação direta entre o nível de atividade física e a lipoproteína de alta densidade (HDL-colesterol), considerada fator para proteção cardiovascular¹⁰, sugerindo que o acompanhamento dos níveis de atividade física são importantes. Entretanto, as evidências mostram que o nível de atividade física dessa população é insatisfatório^{10,11}, alertando para que futuros estudos realizem uma análise acerca da relação desses níveis com outros parâmetros relacionados à saúde.

Não foi encontrado nenhum estudo na literatura pesquisada sobre a associação entre níveis de atividade física e parâmetros considerados importantes na vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS, como a qualidade de vida e indicadores clínicos. Esta análise pode auxiliar na prática clínica e no tratamento da doença. Assim, o objetivo do presente estudo é associar o nível de atividade física com os indicadores clínicos e a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS na região central do Estado do Rio Grande do Sul, Brasil.

MÉTODOS

Estudo observacional de caráter transversal foi realizado no ambulatório de doenças infecciosas em um hospital universitário. A coleta de dados aconteceu entre os meses de Julho e Novembro de 2011. Os pacientes foram recrutados por conveniência e de forma consecutiva, sendo abordados conforme ordem de chegada em cada turno do dia, antes da consulta ao infectologista e junto à unidade dispensadora de medicamentos (UDM) no momento da retirada da

medicação. O hospital é referência para o atendimento aos indivíduos vivendo com HIV/AIDS de aproximadamente 42 municípios no seu entorno, possuindo cerca de 700 pacientes adultos e/ou idosos, cadastrados na UDM¹².

Para a seleção da amostra, foram adotados os seguintes critérios de inclusão: ter diagnóstico do HIV/AIDS, ter idade superior a dezoito e inferior a sessenta e cinco anos, não ser gestante ou lactante, não ter histórico recente (últimos três anos) de cirurgias corretivas que alterasse a estrutura corporal, não apresentar deficiência intelectual e ter dados completos nos prontuários médicos.

Para a caracterização da amostra, a massa corporal foi mensurada em uma balança digital portátil, com resolução de 0,1 kg¹³.

Foi utilizada uma ficha para a obtenção de informações sobre o sexo, idade, cor da pele e indicadores socioeconômicos: escolaridade (anos de estudo), número de filhos, estado civil (solteiro(a), casado(a)/companheiro(a), separado(a)/divorciado(a) e ou viúvo(a)) e renda mensal (número de salários mínimos percebidos mensalmente).

O tempo de tratamento, contagem de células CD4 com uso da citometria de fluxo, tipo de regime antirretroviral e tempo de diagnóstico da doença, foram acessadas diretamente no prontuário médico do paciente, levando em consideração os resultados dos exames mais recentes até três meses antecedentes a data da coleta.

Um exame clínico e a Escala de Classificação de Gravidade da Lipodistrofia (ECGL) (*Lipodystrophy Severity Grading Scale*) foram utilizados para verificar alterações na redistribuição da gordura corporal dos pacientes seguindo a metodologia e os critérios empregados por Asensi et al.¹⁵, 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), moderado (facilmente perceptível pelo paciente/médico, pontuação 2) e grave (facilmente perceptível por qualquer observador, pontuação 3). A escala foi preenchida por um médico infectologista, sendo dividida em dois escores:

- 1) Perda de gordura nas regiões da face, braços, nádegas e pernas, onde o valor máximo pontuado pode chegar a 12;
- 2) Acúmulo de gordura nas regiões do abdômen, pescoço (nódulos de gordura e “giba de búfalo”) e Peito, onde o valor máximo pontuado pode chegar a 9.

Para o diagnóstico da Lipodistrofia, utilizaram-se os valores do escore de acúmulo de gordura da ECGL, em que os pacientes que atingiram valor médio igual ou superior a 7 e/ou que obtiveram classificação severa em algum dos sítios investigados foram classificados como positivos para Lipodistrofia.

Para a estimativa da qualidade de vida, utilizou-se o *HIV/AIDS Target Quality of Life Instrument* (HAT-QoL), instrumento direcionado para a população HIV/AIDS¹⁶. O mesmo 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.

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, tendo em vista os problemas já descritos na literatura na administração dos domínios relacionados às atividades domésticas e ocupacionais^{18,19,20}.

A classificação quanto ao nível de atividade física seguiu as recomendações globais para atividade física e saúde, considerando os indivíduos insuficientemente ativos aqueles que não cumpriam um mínimo de 150 minutos, de atividade física moderada/vigorosa no lazer, por semana e fisicamente ativos, os que cumpriam essa meta²¹.

Procedimentos para as coletas

O projeto foi aprovado na íntegra pelo Comitê de Ética local e seguiu as recomendações da Declaração de Helsinki na resolução número 466/12 do Conselho Nacional de Saúde e demais dispositivos normativos vigentes. Todos os participantes assinaram um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, concordando em participar da pesquisa.

Os voluntários foram encaminhados para uma sala do ambulatório, onde foram realizadas as avaliações. A aplicação dos questionários e a realização das medidas antropométricas foram conduzidas por dois profissionais de Educação Física, previamente treinados. Um médico infectologista conduziu o exame clínico e a aplicação da ECGL. Os dados clínico-epidemiológicos, juntamente com informações complementares, foram coletados diretamente do prontuário dos pacientes ao término das avaliações.

Tratamento dos dados e análise estatística

Os dados foram digitados em duplicata no programa Epi InfoTM 6 e os eventuais erros de digitação foram verificados com uso do comando *validate* e corrigidos.

A curtose, simetria e o teste de Kolmogorov-Smirnov, foram utilizados para verificar a normalidade dos dados. Os resultados são apresentados com uso da estatística descritiva (médias, desvio padrão, medianas, intervalos interquartis e frequências relativas). O teste do Qui-quadrado foi utilizado para verificar a associação entre as variáveis socioeconômicas e clínicas e o NAF. Para tanto, as variáveis escolaridade, renda familiar, tempo de diagnóstico e tempo de tratamento com TARV foram dicotomizadas pelo percentil 50. As diferenças na qualidade de vida entre os indivíduos fisicamente ativos e os insuficientemente ativos foram verificadas com uso da prova U de Mann-Whitney para amostras independentes. Para todos os procedimentos foi adotado o nível de confiança de 95%. O pacote estatístico utilizado foi o *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS, Inc., Chicago, IL, EUA, versão 20.0).

RESULTADOS

Dos 91 pacientes entrevistados, 3 recusaram-se a participar do estudo e 16 não possuíam dados completos nos prontuários médicos e/ou exames com antecedência menor a três meses da coleta. A amostra final contou com 72 indivíduos (42 do sexo masculino), com média de idade de 39,2±8,4 anos.

Na tabela 1 são apresentadas as características sócio demográficas, indicadores clínicos e o nível de atividade física da amostra. A média de idade foi de $39,2 \pm 8,4$ anos, estatura de $167,4 \pm 10,3$ cm e massa corporal de $69,8 \pm 14,1$ kg. Da amostra estudada, cerca de 60% estavam casados ou tinham um companheiro (a), 80% relataram ter filhos, com média de dois filhos por indivíduo. Além disso, 28% da amostra afirmaram estar desempregados e/ou cuidar do lar. Grande parte da amostra (72,2%) foi classificada como insuficientemente ativa.

TABELA 1 – Distribuição da amostra estudada, segundo características sociodemográficas, clínicas e nível de atividade física.

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	42	58,3
Feminino	30	41,7
Idade (anos)		
≤ 30	13	18,1
> 30	59	81,9
Cor da Pele		
Branco	41	56,9
Outras	31	43,1
Escolaridade (anos)		
≤ 8	41	57,7
> 8	31	42,3
Renda Familiar (salários mínimos)		
≤ 2	53	73,6
> 2	19	26,4
CD4 (cél./mm³)		
≤ 350	20	27,8
> 350	40	55,6
Tempo de Diagnóstico (meses)		
≤ 84	37	51,4
> 84	35	48,6
Uso de TARV		
Não	15	26,4
Sim	57	73,6
Tempo de Tratamento (meses)		
≤ 24	15	26,3
> 24	42	73,7
Lipodistrofia		
Negativo	53	73,6
Positivo	19	26,4
Nível de Atividade Física		
Insuficientemente ativos	52	72,2
Ativos	20	27,8

TARV = terapia antirretroviral; célula./mm³= número de células por milímetro cúbico.

As características da amostra de acordo com o nível de atividade física são apresentadas na Tabela 2. O tempo de diagnóstico foi à única variável associada ao nível de atividade física ($p = 0,04$), com maior prevalência de fisicamente ativos (43,2%) entre os indivíduos com menor tempo de diagnóstico (≤ 84 meses).

TABELA 2 – Características antropométricas, sociodemográficas e clínico-epidemiológicas da amostra estratificadas pelo nível de atividade física.

Variáveis	Nível de Atividade Física		x ²	p
	Insuficientemente Ativos (n = 52)	Ativos (n = 20)		
	%	%		
Sexo				
Masculino	69,0	31,0	0,506	0,477
Feminino	76,7	23,3		
Idade				
≤ 30 anos	69,2	30,8	0,071	0,790
> 30 anos	72,9	27,1		
Cor da Pele				
Branco	70,7	29,3	0,105	0,745
Outras	74,2	25,8		
Escolaridade				
≤ 8 anos	78,0	22,0	1,854	0,173
> 8 anos	63,3	36,7		
Renda Familiar (salários mínimos)				
≤ 2	75,5	24,5	1,057	0,304
> 2	63,2	36,8		
CD4 350 (cél./mm³)				
≤ 350	70,0	30,0	0,170	0,680
> 350	75,0	25,0		
Tempo de Diagnóstico (meses)				
≤ 84	56,8	43,2	9,075	0,030
> 84	88,6	11,4		
Uso de TARV				
Não	78,9	21,1	0,582	0,446
Sim	69,8	30,2		
Tempo de Tratamento com TARV (meses)				
≤ 24	73,3	26,7	0,766	0,0381
> 24	78,6	21,4		
Lipodistrofia				
Negativo	69,8	30,2	0,582	0,446
Positivo	78,9	21,1		

TARV = terapia antirretroviral; cél./mm³ = número de células por milímetro cúbico; Valor do salário mínimo na época de R\$ 545,00.

Na Tabela 3 são apresentados os escores de qualidade de vida, de acordo com seus domínios, totais e estratificados pelo nível de atividade física. No geral, os indivíduos apresentaram escores elevados em quase todos os domínios investigados, os menores valores foram referentes aos domínios “preocupações financeiras” e “preocupações com o sigilo”. O domínio referente à função sexual foi o que apresentou maiores escores em todas as análises. Os indivíduos ativos fisicamente, quando comparados a seus pares insuficientemente ativos, apresentaram maior escore (p = 0,015) apenas no domínio “preocupação com a medicação”.

TABELA 3 – Qualidade de vida total e estratificada pelo nível de atividade física.

Domínios da qualidade de vida	Total (n = 72)	Insuficientemente Ativos (n = 52)	Ativos (n = 20)
Função Geral	70,8 (50,0 – 83,3)	70,8 (50,0 – 83,3)	72,9 (55,2 – 86,4)
Satisfação com a vida	68,8 (50,0 – 81,3)	62,5 (37,5 – 81,3)	75,0 (62,5 – 87,5)
Preocupações com a saúde	81,3 (50,0 – 100)	75,0 (43,8 – 100)	81,3 (68,8 – 98,4)
Preocupações financeiras	38,9 (16,7 – 55,6)	27,8 (5,6 – 50,0)	44,4 (23,6 – 65,3)
Preocupações com a medicação	80,0 (58,8 – 96,3)	75,0 (46,3 – 95,0)*	95,0 (87,5 – 100)
Aceitação do HIV	62,5 (37,5 – 100)	62,5 (25,0 – 100)	68,8 (40,6 – 100)
Preocupação com o sigilo	55,0 (30,0 – 80,0)	55,0 (30,0 – 80,0)	60,0 (31,3 – 87,5)
Confiança nos profissionais de saúde	66,7 (41,7 – 83,3)	66,7 (33,3 – 83,3)	75,0 (54,2 – 89,6)
Função sexual	100,0 (50,0 – 100)	87,5 (50,0 – 100)	100,0 (62,5 – 100)

Nota. Os dados estão apresentados em mediana e intervalo interquartil. *p = 0,015 versus ativos.

DISCUSSÃO

Os principais achados do presente estudo sugerem que o nível de atividade física está associado com o tempo de diagnóstico da doença e com o domínio “preocupação com a medicação” da qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Os indivíduos com menor tempo de diagnóstico são os mais ativos fisicamente, fato que em parte pode ser explicado pelas complicações clínicas e estigmas oriundos do HIV/AIDS, bem como pelo curso natural do padrão de AF na população, apresentando redução com o decorrer da idade²². Já a preocupação com a medicação parece comprometer menos a qualidade de vida dos mais ativos, indicando a existência de uma relação (não necessariamente causal) entre comportamentos saudáveis nessa população, ou seja, os ativos fisicamente talvez sejam os que controlam corretamente sua medicação e por isso esse domínio não comprometa sua qualidade de vida, ou ainda indicando que a utilização de medicamentos é menor entre os mais ativos. Em nosso conhecimento, esse é o primeiro estudo a verificar essas relações nessa população.

Em termos gerais, a prevalência de atividade física observada (27,8%) em pessoas vivendo com HIV/AIDS foram similares aos valores gerais da população brasileira¹⁴ e inferiores aos observados em amostras semelhantes^{5,6}. Apesar do instrumento adotado para estimativa do nível de atividade física (IPAQ) ser amplamente utilizado em pesquisas epidemiológicas, ele não é específico para esta população, fato que pode contribuir para distorções nas informações. Todavia, estudos semelhantes também o tem utilizado^{5,6}. Adicionalmente, essas informações são específicas da amostra e pelas características do processo de amostragem e seleção, não representam a população de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Vale ainda destacar que as recomendações gerais de atividade física podem não ser adequadas para algumas populações clínicas, sobretudo visando as condições, necessidades e a relação dose-resposta de determinados tipos de estímulos com parâmetros específicos.

Com relação à qualidade de vida, os escores do HAT-QoL foram semelhantes aos relatados em estudos anteriores²⁰⁻²³, demonstrando pouco, ou nenhum prejuízo à qualidade de vida desses indivíduos. O domínio referente à função sexual foi o que apresentou maiores escores em todas as análises, indo ao encontro dos resultados reportados por Soárez et al.²⁰ em estudo de tradução e validação do HAT-QoL para esta população no Brasil. Esses achados

podem estar refletindo uma amostra mais saudável ou a negação do comprometimento nesse domínio.

Corroborando os resultados de estudos de Galvão et al.²¹ e Holmes et al.²², os domínios com menores escores foram “preocupações financeiras” e “preocupação com o sigilo”. Escores baixos no primeiro justificam-se na medida em que aproximadamente 73% dos indivíduos avaliados sobreviviam com renda inferior a um salário mínimo (R\$ 545,00, valor vigente na época em que os dados foram coletados), ou seja, situação socioeconômica bastante precária. Pessoas vivendo com HIV/AIDS, além das dificuldades associadas à doença, passam por um processo de exclusão e marginalidade no mercado de trabalho. Ferreira & Figueiredo²⁴, verificaram que dentre as barreiras que dificultam a inserção e a permanência dessas pessoas no mercado de trabalho, estão o absenteísmo, estigmatização, atrasos, problemas de saúde devido a doenças oportunistas e aos efeitos colaterais do uso das TARV. Já os prejuízos no domínio “preocupação com o sigilo” apresentam relação direta com o medo e o receio em revelar seu diagnóstico para familiares, amigos, colegas de trabalho, chefia, dentre outros, uma vez que, apesar do grande número de informações e do conhecimento acerca da doença, o preconceito, mesmo que de forma velada, ainda é presente e compromete a qualidade de vida dessa população.

Quando comparados os escores de qualidade de vida entre ativos e insuficientemente ativos, observamos diferenças apenas no domínio “preocupações com a medicação”, demonstrando que os indivíduos fisicamente ativos apresentam menor interferência da TARV em suas vidas, quando comparados aos indivíduos insuficientemente ativos. Por se tratar de um estudo transversal, não devemos descartar a possibilidade da ocorrência de causalidade reversa, onde os indivíduos com menor comprometimento nesse domínio da qualidade de vida estariam mais propensos a serem mais ativos. Apesar de não terem sido encontrados estudos relacionando os níveis de atividade física com a qualidade de vida dessa população, Ogalha et al.²³, em um ensaio clínico aleatório, demonstraram que a prática de exercícios físicos de forma regular em um programa envolvendo exercícios aeróbicos, com pesos e de flexibilidade, foi capaz de promover melhoras significantes na qualidade de vida relacionada a saúde geral, vitalidade e saúde mental de 35 pessoas vivendo com HIV/AIDS, quando comparados aos seus pares que não praticavam exercícios físicos.

Estudos envolvendo a temática acerca da atividade física e de sua relação com variáveis clínico-epidemiológicas e a qualidade de vida nessa população ainda são escassos. Sabe-se que um em cada quatro pessoas vivendo com HIV/AIDS não atinge as recomendações mínimas de prática de atividade física diária de 30 minutos de atividade física moderada por pelo menos 5 dias na semana²⁴. Dessa forma, acredita-se que para essa população, é necessária a participação em programas envolvendo exercícios físicos visando mudanças na qualidade de vida e não apenas o aumento nos níveis de atividade física, possibilitando reduções nos gastos com tratamentos paliativos para a SLHIV e agravos à saúde.

Nesse sentido, o governo brasileiro propôs no ano de 2012 algumas recomendações para a prática de atividade física para pessoas vivendo com HIV/AIDS⁹. No entanto, tratam-se apenas de recomendações para a prática de atividades físicas e os cuidados necessários que se deve ter com essa população, carecendo ainda de ações governamentais para a promoção da atividade física, bem como, viabilização do acesso e ambiente (físico e social) favorável. Ri-

beiro et al. (2013) verificaram que as principais barreiras à prática de atividade física percebidas em pessoas vivendo com HIV/AIDS são sentir preguiça, cansaço e falta de companhia. Barreiras essas que parecem ter relação com a condição clínica e características da doença. Contudo, a literatura específica ainda carece de estudos para delinear de forma mais adequada o perfil quanto ao nível de atividade física, as barreiras que limitam o acesso e quais os determinantes que dificultam a adesão e a aderência desses indivíduos a práticas de atividades físicas regulares, uma vez que os estudos tem se restringido a amostras pequenas e contextos socioculturais específicos. Ainda, a frequência, intensidade e o tempo gasto em atividade física para obtenção de benefícios à saúde e à qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS precisam ser mais bem estudados.

Com base nessas informações, conclui-se que as pessoas com maior tempo de diagnóstico do HIV/AIDS possuem menor nível de atividade física no lazer e que existe uma relação inversa entre a prática de atividade física e a preocupação com a medicação. Dessa forma, sugere-se que estratégias sejam adotadas para a promoção de atividade física, sobretudo naqueles diagnosticados há mais tempo. Por fim, estudos com amostras representativas, indicadores objetivos de atividade física e delineamentos longitudinais podem auxiliar na interpretação dos dados preliminarmente aqui apresentados.

Financiamento

O presente estudo foi financiado pela Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior na modalidade de bolsa de estudos de mestrado.

REFERÊNCIAS

1. Report G. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. UNAIDS, 2013.
2. Saúde. Md, AIDS. PNdDe, Vigilância. UdIe. Boletim Epidemiológico Aids e DST. Ministério da Saúde. 2012.
3. Williamson K, Rebolí AC, Manders SM. Protease inhibitor-induced lipodystrophy. *J Am Acad Dermatol*. 1999 Apr;40(4):635-6.
4. Hadigan C, Miller K, Corcoran C, Anderson E, Basgoz N, Grinspoon S. Fasting hyperinsulinemia and changes in regional body composition in human immunodeficiency virus-infected women. *J Clin Endocrinol Metab*. 1999 Jun;84(6):1932-7.
5. Gomes Neto M, Ogalha C, Andrade AM, Brites C. A systematic review of effects of concurrent strength and endurance training on the health-related quality of life and cardiopulmonary status in patients with HIV/AIDS. *Biomed Res Int*. 2013;2013:319524.
6. Gomes-Neto M, Conceicao CS, Oliveira Carvalho V, Brites C. A systematic review of the effects of different types of therapeutic exercise on physiologic and functional measurements in patients with HIV/AIDS. *Clinics (Sao Paulo)*. 2013;68(8):1157-67.
7. Rombaldi AJ, Leite CF, dos Santos MN. Efeitos do Exercício Físico em Marcadores Imunológicos de Pessoas com Hiv/Aids: Estudo de Revisão. *Rev Bras Cien Saúde*. 2012;16(2):253-8.
8. Lira VA. Atividade física ea infecção pelo HIV: uma análise crítica. *Rev Bras Med esporte*. 1999;5(3):99-107.
9. Saúde. BMD. Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e AIDS. In: Secretaria de vigilância em saúde: Departamento de DST Aehv, editor. Brasília - DF: Ministério da Saúde; 2012. p. 86.
10. Romancini JLH, Guariglia D, Nardo Jr. N, Herold P, Pimentel GGdA, Pupulin ÁRT. Níveis de atividade física e alterações metabólicas em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Revista Brasileira de Medicina do Esporte*. 2012;18:356-60.

11. Ribeiro ARA, Guariglia DA, Pupulin ART, Teixeira DdC, Greguol M, Cyrino ES. Barreiras pessoais para prática de atividade física percebidas por portadores de AIDS. *Rev Ed Fis / UEM*. 2013;24:93-101.
12. Durgante VL. Disponibilidade e satisfação com o suporte social às pessoas com AIDS [Dissertação]. Santa Maria: Universidade Federal de Santa Maria; 2012.
13. Petroski EL. Antropometria: técnicas e padronizações. Porto Alegre: Pallotti; 2007.
14. Alvarez BR, Pavan AL. Alturas e comprimentos. In: Petroski EL, editor. Antropometria: técnicas e padronizações. Porto Alegre: Pallotti; 2007.
15. Asensi V, Martin-Roces E, Collazos J, Carton 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 Sep;22(9):830-6.
16. Holmes WC, Shea JA. Performance of a new, HIV/AIDS-targeted quality of life (HAT-QoL) instrument in asymptomatic seropositive individuals. *Qual Life Res*. 1997 1997/11/01;6(6):561-71.
17. Soárez PCd, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009;25(1):69-76.
18. Hallal PC, Gomez LF, Parra DC, Lobelo F, Mosquera J, Florindo AA, et al. Lessons learned after 10 years of IPAQ use in Brazil and Colombia. *J Phys Act Health*. 2010 Jul;7 Suppl 2:S259-64.
19. Hallal PC, Simoes E, Reichert FF, Azevedo MR, Ramos LR, Pratt M, et al. Validity and reliability of the telephone-administered international physical activity questionnaire in Brazil. *J Phys Act Health*. 2010 May;7(3):402-9.
20. Hallal PC, Victora CG, Wells JC, Lima RC. Physical inactivity: prevalence and associated variables in Brazilian adults. *Med Sci Sports Exerc*. 2003 Nov;35(11):1894-900.
21. WHO WHO. Global recommendations on physical activity for health.: World Health Organization; 2010.
22. Hallal PC, Andersen LB, Bull FC, Guthold R, Haskell W, Ekelund U. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*. 2012 Jul 21;380(9838):247-57.
23. Ogalha C, Luz E, Sampaio E, Souza R, Zarife A, Neto MG, et al. A Randomized, Clinical Trial to Evaluate the Impact of Regular Physical Activity on the Quality of Life, Body Morphology and Metabolic Parameters of Patients With AIDS in Salvador, Brazil. *JAIDS J Acquir Immune Defic Syndr*. 2011;57:S179-S85 10.
24. Fillipas S, Bowtell-Harris C, Oldmeadow L, Cicuttini F, Holland A, Cherry C. Physical activity uptake in patients with HIV: who does how much? *Int J STD AIDS*. 2008;19(8):514-8.

**ENDEREÇO PARA
CORRESPONDÊNCIA**

LEANDRO DOS SANTOS

Rua Iru Knackfuss, número 104, bairro
Juscelino Kubischek, Santa Maria, RS.
CEP - 97035-390
FONE: (55) 3212-4457 / (43) 9814-8677
E-mail: le_edfisca@hotmail.com

RECEBIDO 20/07/2014
REVISADO 16/12/2014
APROVADO 15/01/2015
