UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS VIVENDO COM HIV ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO

MARIANA MUNHOZ RODRIGUES

RIO DE JANEIRO
2024

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS VIVENDO COM HIV ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO

MARIANA MUNHOZ RODRIGUES

Sob a Orientação do Professor
Prof. Dr. Luiz Claudio Pereira Ribeiro
Sob a Coorientação do Professor
Prof. Dr. Ricardo de Souza Carvalho

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do Grau de Mestre em infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais na Área de Doenças Infecciosas e Parasitárias.

Rio de Janeiro
2024

RODRIGUES, Munhoz Mariana.
Avaliação da Qualidade de Vida em Pessoas Vivendo com HIV atendidas em um Hospital Universitário.
Mariana Munhoz Rodrigues, 2024.

Orientador: Luiz Claudio Pereira Ribeiro;
Coorientador: Ricardo de Souza Carvalho.
Dissertação (Mestrado Profissional em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais) – Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2024.

1. Qualidade de Vida. 2. HIV. 3. WhoqoL-HIV BREF. 4. Carga de vírus. 5. Contagem de Linfócitos TCD4. I. Ribeiro, Luiz Claudio Pereira. II. Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro. Centro de Ciências Biológicas e da Saúde. Curso de Profissional em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais. III. Título.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV/AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL – PPGHIV/HV

MARIANA MUNHOZ RODRIGUES

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS VIVENDO COM HIV ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO NO RIO DE JANEIRO

Dissertação submetida como requisito para obtenção do grau de Mestre em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais na Área de DOENÇAS INFECCIOSAS E PARASITÁRIAS.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 3 DE SETEMBRO DE 2024

Banca

Prof. Dr. Luiz Cláudio Pereira Ribeiro – UNIRIO (orientador)

Prof. Dr. Ricardo de Souza Carvalho – UNIRIO (coorientador)

Prof. Dra. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza – UNIRIO (membro interno)

Prof. Dra. Vera Lúcia Freitas – UNIRIO (suplente interno)

Dra. Isabelle Vasconcellos de Souza – UNIRIO (suplente interno)

Prof. Dr. Luiz Antônio Alves de Lima – UFRJ (membro externo)

Dra. Vanessa Paiva Leite de Sousa - UFRJ (suplente externo)

DEDICATÓRIA

A minha mãe e minha família
por todo aprendizado, amor e carinho
recebido durante todo o processo. Amo vocês!

AGRADECIMENTOS

Agradeço a Deus, por ter me dado a oportunidade de realizar este trabalho. Mesmo com dificuldades e momentos de turbulência.

A minha mãe Adriana e a minha família pelo apoio e incentivo. Lembro com alegria ao ver minha mãe com muita felicidade quando passei para o mestrado. Ela é a minha maior referência e inspiração de vida!

Aos meus amigos e ao meu namorado Thiago por todo incentivo durante os tempos difíceis, sem a ajuda e o apoio de vocês eu não estaria aqui.

Aos meus companheiros de trabalho do LAPIA e da UFRJ pelo total incentivo e companheirismo. Vocês me transforaram na profissional que sou hoje.

A minha aluna Maria Eduarda Maciel e a aluna de Doutorado Cristiane Kelly pela ajuda na realização dos questionários.

Ao meu orientador, professor Dr. Luiz Cláudio, pela paciência, disponibilidade e companheirismo. Agradeço por ter me convidado a ser sua aluna e a ter me incentivado sempre a continuar no caminho certo. Obrigada por tudo!

A Isabelle Vasconcellos e ao Ricardo Carvalho pela ajuda na escrita e estatística do trabalho. Vocês me encorajaram a seguir e sempre me empenhar a dar o meu melhor. Sem vocês nada disso seria possível. Muito obrigada!!

Ao Programa de Pós-Graduação em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais da Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro (UNIRIO) e todo corpo docente pelos conhecimentos partilhados e apoio.

Aos queridos pacientes e colaboradores do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle.

RESUMO

Com o advento da Terapia Antirretroviral de Alta Potência (HAART), a infecção pelo HIV passou a ser considerada uma doença crônica e tratável. Diante do novo cenário, estudos e intervenções passam a ser direcionadas para a melhoria da qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV). O instrumento WHOQOL-HIV Bref foi elaborado pela Organização Mundial da Saúde (OMS) para analisar a Qualidade de Vida (QV) das PVHIV. O objetivo deste trabalho é avaliar a QV das PVHIV atendidas no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG), no Rio de Janeiro, com a aplicação do instrumento WHOQOL-HIV Bref. A amostra de 161 participantes foi obtida a partir da população de PVHIV em atendimento no ambulatório de imunologia e aids do HUGG-UNIRIO/EBSERH, todos na faixa etária de 18 a 65 anos. A análise estatística foi realizada no software IBM SPSS Statistics versão 27.0. O nível de significância adotado foi $p < 0,05$. Foi identificada uma prevalência de 56% de média QV e 61,5% de alta QV. Os dados sociodemográficos e socioeconômicos mostraram impacto significativo na QV, assim como o uso da Terapia Antirretroviral. Adicionalmente, a carga de vírus e a percepção da saúde podem ser usadas como possíveis indicadores de acompanhamento da qualidade de vida. Portanto, o estudo demonstrou que a utilização do instrumento WHOQOL-HIV Bref é válida e importante para a mensuração da QV das PVHIV, pois permite a análise dos distintos domínios de qualidade de vida, estendendo a análise além do aspecto físico e clínico.

Palavras – chave: HIV, Qualidade de Vida, Whoqol-HIV Bref e Carga de Vírus

ABSTRACT

With the advent of Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART), HIV infection has come to be considered a chronic and treatable condition. In light of this new scenario, studies and interventions are increasingly focused on improving the Quality of Life (QoL) of People Living with HIV/AIDS (PLWHA). The objective of this study is to evaluate the QoL of PLWHA attended at a University Hospital in Rio de Janeiro by applying the WHOQOL-HIV Bref instrument. The WHOQOL-HIV Bref instrument was developed to assess the QoL of PLWHA. The sample consisted of 161 participants, aged between 18 and 65 years, who are patients of the Immunology Outpatient Clinic of HUGG-UNIRIO/EBSERH. The interviews using the questionnaires were conducted in the outpatient clinic. Statistical analysis was performed using IBM SPSS Statistics 27.0 software. The statistical tests adopted a significance level of $p < 0.05$. A prevalence of 56% for average QoL and 61.5% for high QoL was identified. Sociodemographic and socioeconomic data showed a significant impact on QoL, as did the use of Antiretroviral Therapy. Therefore, the study demonstrated that the use of the WHOQOL-HIV Bref instrument is valid and important for measuring the quality of life of PLWHA, as it allows for the analysis of different QoL domains, extending the evaluation beyond the physical and clinical aspects. Additionally, viral load and health perception can be used as potential indicators for monitoring quality of life.

Keywords: HIV, Quality of Life and Whoqol-HIV Bref and Viral load

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Razão de sexos segundo faixa etária, por ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022

Figura 2. Distribuição percentual dos casos de aids segundo raça/cor da pele, por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Classificação dos Domínios do WHOQOL HIV Bref

Quadro 2. Domínios e Facetas do questionário WHOQOL-HIV Bref

LISTA DE TABELAS

Tabela 1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRAFICAS, ECONOMICAS E PERCEPÇÃO DE SAÚDE

Tabela 2. COMORBIDADES

Tabela 3. PERFIL CLÍNICO DA POPULAÇÃO

Tabela 4. SUMARIZAÇÃO DA QUALIADE DE VIDA

Tabela 5. ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS

Tabela 6. DISTRIBUIÇÃO DOS ESCORES DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA

Tabela 7. QUALIDADE DE VIDA E DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Tabela 8. QUALIDADE DE VIDA E DADOS CLÍNICOS

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC – Lamivudina

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida

ANTI-HIV – Anticorpo ANTI HIV

ARV – Antirretrovirais

ATZ – Atazanavir

AZT – Zidovudina

CDC – Centro de Controle de Doenças

CFM – Conselho Federal de Medicina

CV – Carga de Vírus

DNA – Ácido Desoxirribonucleico

DP – Desvio Padrão

DRV – Darunavir

DST – Doenças Sexualmente Transmissíveis

DTG – Dolutegravir

EFV – Efavirenz

ERCP – Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais

HAART – Terapia Antirretroviral de Alta Potência

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana

HUGG – Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

IN – Inibidores de Integrase

IP – Inibidores de Protease

ITRN – Inibidores de Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeo/Nucleotídeo

ITRNN – Inibidores de Transcriptase Reversa Não Nucleosídeos

IO – Infecção Oportunista

MS – Ministério da Saúde

NK – Células Natural-Killer

NVP – Nevirapina

OMS – Organização Mundial da Saúde

PCDT – Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas

PVHA – Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

PVHIV – Pessoas Vivendo com HIV

QV – Qualidade de Vida

RTV – Ritonavir

RAL – Raltegravir

RNA – Ácido Ribonucleico

SINAN – Sistema de Informação de Agravos de Notificação

SUS – Sistema Único de Saúde

TARV – Terapia Antirretroviral

TCD4-POSITIVO – Linfócitos TCD4

TCD8-POSITIVO – Linfócitos TCD8

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

TDF – Tenofovir

WHOQOL – World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1. INTRODUÇÃO.....14
2. JUSTIFICATIVA.....15
3. REFERENCIAL TEÓRICO
3.1 O HIV.....17
3.2 A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL.....21
3.3 QUALIDADE DE VIDA.....22
3.4 ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PVHIV.....24
4. OBJETIVOS
4.1 OBJETIVO GERAL.....26
4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....26
5. METODOLOGIA
5.1 INSTRUMENTO DE PESQUISA.....27
5.2 DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PACIENTES.....29
5.3 POPULAÇÃO E CÁLCULO AMOSTRAL.....30
5.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA.....30
5.5 ASPECTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES DA PESQUISA.....31
6. RESULTADOS.....32
7. DISCUSSÃO.....40
8. CONCLUSÃO.....45
9. REFERÊNCIAS.....47
10. ANEXOS
10.1 TERMO DE ACEITE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....53
10.2 TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....54
10.3 QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE.....56
10.4 WHOQOL-HIV BREF.....58
10.5 ARTIGOS PUBLICADOS.....61

1. INTRODUÇÃO

Entender os princípios teóricos subjacentes à definição de Qualidade de Vida (QV) é crucial para garantir a validade das pesquisas sobre o assunto. Isso ocorre, pois, a QV é uma medida complexa e subjetiva, composta por várias dimensões que afetam a vida de uma pessoa, principalmente de indivíduos portadores de doenças crônicas. Ao compreender os diferentes modelos e teorias que a abordam, métodos de pesquisa foram desenvolvidos para ter uma compreensão mais profunda dos fatores que influenciam a QV e, consequentemente, as políticas e intervenções mais eficazes para melhorá-la (Sosnowski et al, 2017).

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) tornou-se uma preocupação global a partir da década de 80, levando a uma pandemia considerada complexa, instável e dinâmica, sendo um importante problema de saúde pública no mundo (Montagner, 2009).

Pessoas vivendo com HIV (PVHIV) se deparam com várias dificuldades para tentar alcançar uma QV satisfatória, devido aos impactos referentes às mudanças em sua vida diária, quebra de relações interpessoais e ocupacionais, o que leva, muitas vezes, ao isolamento social. Problemas com a sexualidade podem comprometer sua saúde mental e física. A adaptação a essas mudanças pode ser desafiadora, exigindo uma abordagem que concilie as particularidades relacionadas ao HIV, aliadas à percepção do sujeito em seu contexto biopsicossocial (Oliveira, 2018).

Com isso, o impacto de viver com uma infecção que ainda carrega muito estigma e preconceito é o maior obstáculo entre as PVHIV e sua QV, interferindo diretamente em sua capacidade de enfrentamento. Além disso, fatores importantes como pobreza, desemprego, insegurança alimentar, necessidades habitacionais, isolamento e solidão, falta de apoio social, estigma social e institucional, depressão e abuso de substâncias, os quais interagem e aumentam as chances de adoecimento, principalmente quando relacionadas à idade, geram ainda mais impacto na QV (Hessol *et al*., 2017; Venturini *et al*., 2017).

Entendendo a importância deste assunto, analisar a QV em PVHIV contribuirá para uma melhor compreensão de um fenômeno complexo e multifacetado.

2. JUSTIFICATIVA

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o HIV/aids (UNAIDS), em 2023, havia 39,9 milhões de PVHIV ao redor do mundo. Destes, cerca de 86% possuem conhecimento do seu estado sorológico. Desde 2010, a incidência de infecções pelo HIV diminuiu cerca de 39%, de 2,1 milhões (1,7 milhão—2,7 milhões) para 1,3 milhão (1 milhão—1,7 milhão) em 2023 (UNAIDS, 2023).

No cenário brasileiro foram notificados 492.708 novos casos de infecção pelo HIV de 2010 até 2022. No período de 1980 a 2022, foram notificados 1.088.536 casos de aids no país. Apesar dos elevados números, a taxa de detecção de aids no Brasil sofreu queda de 59% desde o seu pico, em 1995. Em 2008, a taxa de detecção foi de 21,6 casos por 100.000 habitantes e, em 2018, de 17,8 casos a cada 100.000 habitantes (Ministério da Saúde, 2023).

A infecção pelo HIV demanda uma série de cuidados a serem tomados pelos seus portadores, como consultas médicas frequentes, realização de exames laboratoriais específicos, uso de medicamentos de uso contínuo e mudanças na vida social que, muitas vezes, causam dificuldades que propiciam e implicam cuidados especializados em saúde mental (Soares *et al*., 2019).

Por meio de uma assistência contínua e compreensiva, visando como foco a intervenção do paciente e suas necessidades individuais é possível manter a repetitividade das ações dos profissionais, bem como caracterizar a abordagem humanística (Ferreira *et al.*, 2014).

Pode-se dizer que a infecção afeta vários aspectos da QV das PVHIV, podendo influenciar os domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais. Frente a esse conceito, a Organização Mundial da Saúde (OMS) empenhou-se na construção dos instrumentos WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) e suas variações, direcionados para a avaliação da qualidade de vida das PVHIV (Fleck, 2000).

A QV relacionada à saúde é conceituada como um parâmetro importante para a compreensão do bem-estar captado entre as pessoas que vivem com doenças crônicas. Isso é especialmente relevante para as PVHIV, que podem apresentar ainda outras condições físicas, psíquicas e sociais, que afetam diretamente o seu bem-estar (Seidl e Zannon, 2004).

A avaliação da QV ocupa um lugar principal na compreensão da forma como vive uma PVHIV (WHOQOL-HIV Group, 2003). Esta importância deve-se sobretudo à natureza da própria doença, conhecida pela imprevisibilidade e pelas diversas recorrências e pela necessidade de avaliar os efeitos dos tratamentos no bem-estar dos indivíduos infectados pelo HIV (Bing *et al.*, 2000). Embora a importância da avaliação da QV seja bastante reconhecida, ainda permanecem pouco compreendidos os fatores que determinam a forma como os indivíduos a avaliam (Burgess *et al*., 2000).

Com o intuito de encontrar uma forma de avaliação da QV menos demorada, mas igualmente válida, o Grupo de Qualidade de Vida da OMS desenvolveu uma versão reduzida do WHOQOL-HIV: o WHOQOL-HIV Bref. Este instrumento é constituído por 31 perguntas, duas são de âmbito mais geral e as restantes 29 representam cada uma das 29 facetas que constituem a versão original. Neste sentido, enquanto na versão longa do instrumento cada uma das facetas é avaliada por quatro perguntas, no WHOQOL-HIV BREF cada uma das 29 facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Esta versão breve é igualmente constituída pelos seis domínios referidos.

Diante dos dados apresentados, a análise da qualidade de vida das PVHIV no Brasil torna-se cada vez mais importante, nos fazendo compreender as necessidades das PVHIV, para que as práticas de cuidado integral sejam efetivamente destinadas a esta população.

3. REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 O HIV

A epidemia do HIV foi inicialmente identificada nos Estados Unidos durante a década de 80. Em 1983, confirmou-se a hipótese de que era causada por um vírus. França e Estados Unidos foram os primeiros países a identificarem a infecção, até então desconhecida, afetava principalmente homens homossexuais e/ou usuários de drogas injetáveis, representando uma ameaça fatal. Embora o HIV inicialmente afetasse essas populações-chave, ele se espalhou rapidamente para outros grupos sociais, incluindo mulheres, crianças e homens heterossexuais (Oliveira, 2018).

Entre 1981 e 1984, houve um esforço para identificar os fatores de risco associados à nova doença. Os primeiros casos, ao serem encontrados em grupos socialmente vulneráveis, aumentaram a discriminação. Como resultado, as primeiras campanhas de prevenção, ao invés de promoverem a conscientização de forma positiva, acabaram por reforçar estereótipos negativos e preconceitos. Atualmente, a infecção encontra-se disseminada na sociedade em geral, acometendo pessoas sem distinção (Andrade *et al*., 2021; Saracino *et al.*, 2018; Oliveira, 2021).

Desde sua descoberta, o HIV se tornou um desafio para a comunidade científica mundial, sendo considerado um problema de saúde pública, de grandes proporções e com caráter pandêmico, que envolve diversos fatores sociais, atingindo os indivíduos sem distinção social, econômica, racial, cultural ou política. É uma epidemia considerada complexa, instável e dinâmica (Dantas *et al*., 2015).

Na década de 80, os primeiros casos de aids foram identificados no Brasil, principalmente no Rio de Janeiro e em São Paulo. A infecção causou grande temor entre a população devido à sua alta taxa de mortalidade e às mudanças físicas extremas que provocava nos acometidos pela aids. A resposta do Brasil à epidemia de aids teve início em 1985, quando o Ministério da Saúde, as organizações da sociedade civil e instituições acadêmicas uniram esforços em prol de objetivos comuns. Esse compromisso foi reforçado pela criação da Portaria Ministerial nº 542/86 em 1988, que foi crucial para a implementação do programa nacional de prevenção às IST/AIDS. Esse programa, pautado nos princípios dos direitos humanos, buscava promover a igualdade, inclusão e combater o preconceito e a discriminação (Oliveira, 2017; Maksud *et al*., 2018; Greco, 2016).

Diante do aumento do medo e da discriminação por parte de alguns profissionais de saúde, que se negavam a tratar as PVHIV, assim como unidades de saúde e hospitais que se recusavam a admiti-las ou oferecer-lhes cuidados, o Conselho Federal de Medicina (CFM) criou a Resolução nº 1.359 em 1992. Esta reafirmava a responsabilidade dos médicos em atender pacientes em risco

ou infectados pelo HIV. Mais tarde, essa medida foi substituída por uma norma mais abrangente, a Resolução 1.665/2003, que também proibiu os médicos de exigirem compulsoriamente testes sorológicos para o HIV (Greco, 2016).

Em 2022, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 43.403 casos de infecção pelo HIV. Quanto às faixas etárias e sexo, no período entre 2020 e 2022, observou-se que 78,3% das novas infecções pelo HIV em mulheres ocorreram entre 15 e 49 anos. Além disso, merece destaque o aumento no percentual de casos entre mulheres com 50 anos ou mais de idade, que passou de 11,4% em 2012 para 20,3% em 2022. Já entre os homens nessa faixa etária, o percentual de casos passou de 8,7% para 11,4%, respectivamente. Os novos casos de infecção em homens entre 20 e 29 representam um aumento de 40,7% em 2022. (Brasil, 2023).

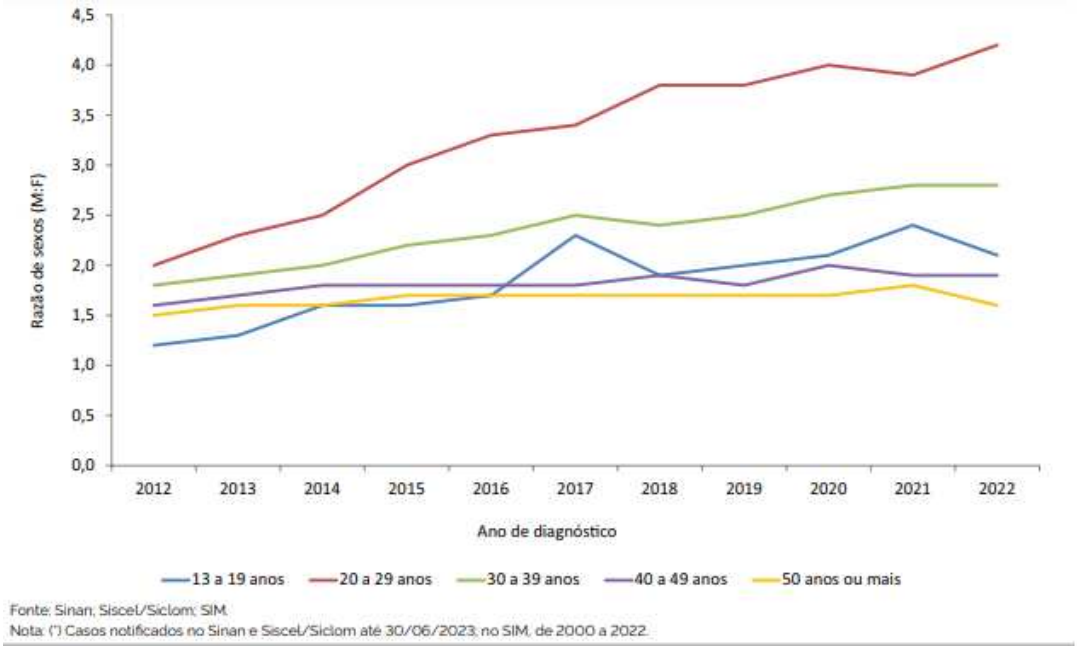


Figura 1. Razão de sexos segundo faixa etária, por ano de diagnóstico. Brasil, 2012 a 2022(*) (Boletim Epidemiológico 2023)

Comparando com os dados nacionais, a taxa de detecção de HIV/AIDS no município do Rio de Janeiro vem acompanhando, mais recentemente, a tendência de queda observada na taxa de detecção de todo o país, em todas as regiões brasileiras. Entretanto, no país a queda vem sendo observada desde 2012, e no município do Rio de Janeiro somente a partir de 2018. (Secretaria Municipal de Saúde do Rio de Janeiro, 2023)

A transmissão do HIV ocorre através de fluidos corporais, tais como sangue, esperma, secreção vaginal, leite materno e transmissão vertical durante a gravidez. O vírus afeta células do sistema imune, principalmente os Linfócito T CD4-Positivos, que são responsáveis por coordenar a resposta imune do organismo e sua contagem é um indicador crucial da saúde imunológica das

PVHIV. Quando não há tratamento, o vírus se espalha e destrói essas células, tornando o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças, que passam a se comportar como infecções oportunistas, o que caracteriza a aids. Atualmente, com a terapia antirretroviral (TARV), a replicação do HIV pode ser controlada, a imunidade preservada e a vida de pacientes infectados prolongada, reduzindo o risco de transmissão (Maartens *et al*., 2014; UNAIDS, 2021).

A contagem de Linfócito T CD4-Positivo e a quantificação da Carga de vírus do HIV (CV) são indicadores essenciais para acompanhar a condição de saúde e o progresso do tratamento das PVHIV. A CV representa a quantidade de HIV presente no plasma, refletindo sua atividade e capacidade do vírus se reproduzir. O objetivo principal da TARV é o controle da viremia, uma vez que a supressão eficaz do vírus é fundamental para prevenir o avanço da doença, diminuir o risco de transmissão do vírus e proteger o sistema imunológico do paciente (Ribeiro *et al*., 2022; Geraldelli e Castoldi, 2015).

Sendo inicialmente caracterizada como uma doença fatal, com a aplicação da TARV, começou a ser considerada infecção crônica, proporcionando uma melhora na QV e aumentando a expectativa de vida (Degrote, Vogelaers e Vandjick, 2014; Ministério da Saúde, 2013).

Após a transmissão do vírus, há um período de aproximadamente 10 dias, denominado de fase eclipse (do inglês, *eclipse phase*), antes que o RNA viral seja detectável no plasma. Estudos genômicos apontam que a infecção é originada de um único foco de Linfócito T CD4-Positivo infectados da mucosa anal ou genital. Em parte, a replicação viral no local é auxiliada pela resposta imune inata que encaminha uma quantidade adicional de células T suscetíveis ao foco da infecção (Ministério da Saúde, 2013).

O quadro clínico da infecção por HIV pode-se caracterizar por fase aguda, de latência clínica e na Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, o que no Brasil foi denominada aids. Quando o sistema imunológico está comprometido devido à infecção pelo HIV, os indivíduos tornam-se suscetíveis a infecções oportunistas (IO), pois são causadas por organismos que normalmente não causam doenças em pessoas imunocompetentes. A recuperação da imunidade, como indicado pela elevação dos Linfócito T CD4-Positivo, reduz os riscos de desenvolver essas IO (Ministério da Saúde, 2013).

Na fase aguda, a manifestação clínica é semelhante às outras infecções virais, apresentando febre, cefaleia, faringite, exantema, adenopatia e mialgia. Esta fase ocorre entre a primeira e a terceira semana de infecção viral. No início, ocorre a infecção dos linfonodos regionais e, posteriormente, há disseminação para outros centros germinativos. Usualmente, de 3 a 6 semanas após a

infecção pelo HIV, pode surgir a síndrome de soroconversão. Durante este período, há uma elevada quantidade do vírus no sangue, com uma CV geralmente superior a 500.000 cópias/mm³. Além disso, ocorre uma redução inicial no número total de Linfócitos T CD4-Positivo, podendo haver uma inversão na relação entre os Linfócitos T CD4-Positivo e Linfócitos T CD8-Positivo (Rachid e Schechter, 2017; Ministério da Saúde, 2013).

Nesse cenário, devido à ausência de sinais e sintomas específicos, pode ocorrer uma inclinação a confundir a infecção pelo HIV com outras doenças infecciosas, resultando em um atraso no diagnóstico correto e um retardo no início da TARV (Brasil, 2019). Ademais, o exame sorológico pode apresentar um falso negativo enquanto não houver a produção de anticorpos anti-HIV, correspondendo ao período chamado de janela imunológica (Duarte, 2018).

Após a fase aguda da infecção ocorre a fase de latência clínica, que é geralmente assintomática com duração de anos. Nesta fase, não existe latência microbiológica, pois uma enorme quantidade de vírus é produzida diariamente, num processo dinâmico de produção de vírus e destruição de células. Enquanto existe equilíbrio entre essa produção, destruição e reposição, o indivíduo permanece assintomático. Há um declínio de acentuado do número de Linfócito T CD4-Positivo, que possibilita a reativação de infecções passadas ou apresentações atípicas (tuberculose e herpes zoster), além de febre baixa, cefaleia, perda de peso, suor noturno, fadiga, diarreia, leucoplasia e candidíase oral (Rachid e Schechter, 2017; Ministério da Saúde, 2013)

A fase aids é caracterizada pelo surgimento de manifestações de imunossupressão avançada, pelo enfraquecimento do sistema imunológico, consequência do declínio acentuado. Com isso, o organismo se torna mais propenso a IO, já que o sistema imunológico não consegue combatê-las eficazmente.

Infelizmente, embora alguns casos de cura do HIV tenham sido obtidos através do transplante de medula óssea, a cura do HIV ainda não é uma realidade para a maioria das pessoas infectadas. As pesquisas nessa área continuam a avançar rapidamente, mas o método utilizado nesses casos é um procedimento complexo, arriscado e não acessível a todos. Todavia, existem tratamentos disponíveis para ajudar a gerenciar os sintomas e melhorar a QV dos pacientes (Rachid e Schechter, 2017)

É crucial ressaltar que a luta contra a aids foi e continua sendo impulsionada por um movimento social abrangente. A forma como as pessoas lidam com o fato de viver com o HIV evolui de acordo com as ideias e recursos influenciados pelas culturas locais. As reações negativas ao HIV acabam reforçando ideologias predominantes, não apenas em relação à sexualidade, mas principalmente

em relação a comportamentos rotulados pela sociedade como aceitáveis ou inaceitáveis (Macedo, 2021).

3.2 A EVOLUÇÃO DO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

O tratamento para o HIV ocorre através do uso de TARV, resultando na diminuição da morbidade e mortalidade, entretanto ainda não é possível erradicar a infecção, só se permitindo alcançar uma melhora na QV das PVHIV. Através do mapeamento do vírus foi possível maior entendimento da replicação viral, analisando o potencial de mutação, permitindo criar medicamentos específicos para o seu combate. Os fármacos atuam inibindo diferentes estágios da replicação viral, reduzindo assim a quantidade de HIV no sangue. Isso é medido através da CV, que é a quantidade de vírus presente no plasma (Ministério da Saúde, 2013).

Os avanços tecnológicos para fármacos ARV, a maior facilidade posológica, a maior potência, os menores efeitos adversos, a dispensação gratuita no Brasil e o estabelecimento de uma linha de cuidado integral nos serviços públicos de saúde resultaram na diminuição de internações por doenças oportunistas e na consequente queda da mortalidade (Lacerda, 2019).

Uma pesquisa nacional apontou que, entre 2012 e 2022, o número de pessoas em uso de TARV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) passou de 231 mil para 727 mil, um aumento de 214%, apresentando uma melhora significativa na adesão ao tratamento, refletindo uma melhora na política de acesso ao diagnóstico, bem como na cobertura, já que com a evolução dos medicamentos os efeitos colaterais diminuem (Ministério da Saúde, 2023).

Em 1991, o Brasil deu início à distribuição da Zidovudina (AZT) através do SUS, com produção nacional a partir de 1993. Essa medida fortaleceu as políticas sociais e de direitos humanos estabelecidas na Constituição de 1988 e nas regulamentações do SUS. Posteriormente, em resposta à pressão dos movimentos sociais e com o apoio das universidades, o país implementou uma política de acesso a medicamentos ARV pelo SUS e promulgou a Lei 9.313/1996 (Jardim, 2019).

Comprovou-se, em 1996, que a combinação de diferentes medicamentos ARV era altamente eficaz no tratamento da infecção pelo HIV. Desde então, essa abordagem tornou-se o padrão global. Essa terapia envolve a administração de pelo menos três drogas ativas de classes distintas, as quais demonstraram ser eficazes no controle da viremia (Cahn *et al*., 2017; Cock *et al*., 2021). Anteriormente, os pacientes precisavam tomar muitos comprimidos por dia, o que tornava difícil manter a adesão ao tratamento e causava muitos efeitos colaterais. Além disso, o alto custo desses medicamentos limitava o acesso. O Brasil foi pioneiro ao oferecer gratuitamente os medicamentos a partir de 1996, graças à Lei 9.313 (Greco, 2016).

Em 2015, no Brasil, o esquema de TARV de primeira escolha utilizado para o tratamento continha os fármacos Tenofovir (TDF), Lamivudina (3TC) e Efavirenz (EFV), segundo determinado pelo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT). Todavia, no ano de 2017, o esquema adotado como primeira linha manteve o TDF e o 3TC, trocando somente o EFV pelo Dolutegravir (DTG) (Pimentel, 2019). A TARV de 1ª linha atual pode ser dividida em: Inibidores de Nucleosídeos da Transcriptase Reversa, danificando a cadeia de Ácido Desoxirribonucleico (DNA) viral criada dentro das células de defesa do PVHIV; Inibidores da Integrase, que bloqueiam a ação da enzima integrase - Insere o DNA pró-viral ao DNA humano. O 3TC e o TDF são Inibidores de Nucleotídeos da Transcriptase Reversa e o DTG é Inibidor da Integrase (Ministério da Saúde, 2019).

Desde a introdução as Terapia Antirretroviral de Alta Potência (HAART), a evolução da infecção por HIV encaminhou-se para um perfil de cronicidade. Os pacientes são acompanhados e tratados ao decorrer de sua vida com o esquema de medicamentos ARV descritos anteriormente. Este acompanhamento ocorre com a avaliação dos níveis da resposta imunológica em conjunto com a observação de sinais e sintomas. Além disso, medidas para a avaliação da qualidade de vida dos PVHIV podem auxiliar no acompanhamento, ao se ter um panorama completo da saúde em diversos domínios (Ministério da Saúde, 2013).

A TARV efetivamente inibe a replicação do HIV, resultando na redução da CV do HIV no plasma. Consequentemente, verifica-se um aumento nos níveis de Linfócito T CD4-Positivo, células alvo do HIV. A restauração da imunidade nesses indivíduos desempenha um papel crucial na promoção da sobrevida, reduzindo substancialmente os riscos de adoecimento por IO. Este enfoque terapêutico não apenas controla a progressão da infecção, mas também fortalece o sistema imunológico, contribuindo significativamente para uma qualidade de vida melhor e uma maior expectativa de vida (Sepkowitz, 2001).

3.3 QUALIDADE DE VIDA

O conceito de QV é utilizado em dois âmbitos distintos: primeiro na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; segundo no contexto da pesquisa científica, em diversos campos do conhecimento, como economia, sociologia, educação e demais especialidades da saúde. Refere-se ao significado dentro das ciências humanas e biológicas, no sentido de valorizar parâmetros mais amplos além do controle de sintomas. A diminuição ou o aumento da expectativa de vida significa mais pessoas vivendo até idades mais avançadas, experimentando, em princípio, a plenitude de

seu potencial biológico. É um termo popularmente usado para transmitir uma sensação geral de bem-estar e inclui aspectos como felicidade e satisfação com a vida como um todo. Em 1998, a OMS definiu a QV como percepções que cada indivíduo tem de sua posição na vida no contexto da cultura e dos sistemas de valores em que vivem, relacionados aos seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações (Seidl e Zannon, 2004; Andersson *et al*., 2020).

Os relevantes e limitantes do processo saúde-doença são multifatoriais e complexos. Com isso, saúde e doença caracterizam processos compreendidos como uma constante, relacionados aos aspectos econômicos, socioculturais, à experiência pessoal e estilo de vida. Coincidentemente com essa mudança de paradigma, a melhoria da QV passou a ser um dos resultados esperados, tanto das práticas assistenciais quanto das políticas públicas quanto para o setor da promoção da saúde e da prevenção de doenças (Seidl e Zannon, 2004).

No contexto da saúde coletiva e das políticas públicas para o setor também é possível identificar grande interesse pela avaliação da QV. Assim, informações sobre QV têm sido incluídas tanto como indicadores para avaliação da eficácia, eficiência e impacto de determinados tratamentos para grupos de portadores de agravos diversos e doenças crônicas, quanto na comparação entre procedimentos para o controle de problemas de saúde (Kaplan, 1995).

Outro aspecto relevante está relacionado à rotina de cuidados médicos nos serviços de saúde, que envolve a avaliação da QV como um indicador crucial nos diagnósticos de doenças específicas. Isso implica em analisar o impacto físico e psicossocial que as enfermidades, disfunções ou incapacidades podem causar nas pessoas afetadas, fornecendo uma compreensão mais profunda do paciente e de como ele se adapta à sua condição. Desse modo, considerar a QV do paciente torna-se uma parte integrante do trabalho diário dos profissionais de saúde, influenciando as decisões e abordagens terapêuticas adotadas pelas equipes médicas (Morris *et al*, 1998).

O termo QV é mais amplo, incluindo uma variedade maior de condições que podem afetar a percepção do indivíduo, seus sentimentos e comportamentos relacionados com o seu funcionamento diário. Assim, inclui, mas não se restringe à sua condição de saúde e às intervenções médicas. Na literatura médica o termo QV não parece ter um único significado: “condições de saúde”,” funcionamento social” e “qualidade de vida” têm sido usados como sinônimos e a própria definição de QV não consta na maioria dos artigos que utilizam ou propõem instrumentos para sua avaliação (De Jesus *et al.*, 2017).

A QV é um conceito complexo, multideterminado e que deve ser interpretado num contínuo, não como uma dicotomia. A QV é resultante da inter-relação de fatores que moldam e diferenciam

o dia a dia dos indivíduos, sob os pontos das percepções, relacionamentos e situações vivenciadas (Santos, 2019).

O acesso e a utilização da TARV, o monitoramento dos serviços de saúde e seus resultados relacionados, mostram um caminho na busca pela melhoria da QV das PVHIV. Contudo, encontrar uma solução definitiva para o problema ainda é um desafio enfrentado por cientistas de todas as áreas da saúde. Em conjunto com a busca para a cura da doença, os investimentos na prevenção da transmissão do HIV são mutuamente necessários. As PVHIV que enfrentam dificuldades no tratamento, pela má qualidade ou falta de acesso no sistema de saúde pública, podem manifestar problemas relacionados à adesão, o que aumenta potencialmente o risco de transmissão da doença, chances maiores de desenvolver a aids e consequentemente a redução da QV (Hipolito *et al*., 2017).

3.4 ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PVHIV

Considerando que a TARV aumentou a sobrevida das PVHIV, leva-se em consideração que a assistência em saúde se torna de grande importância para esses indivíduos, os quais necessitam de cuidados regulares para a manutenção da QV. Associar o conceito de QV com o atual contexto de rápidas e profundas transformações sociais, é algo necessário para suprir demandas ligadas à sociedade e compreender a QV como uma forma humana de percepção do próprio existir (Hipolito *et al*., 2017).

A QV tem se tornado um dos principais objetivos em pesquisas sobre a infecção pelo HIV, com o avanço da TARV, houve uma diminuição das infecções consideradas oportunistas e aumento da taxa de sobrevida (Trépanier et al., 2005). Reis et al. (2011) alertam que a compreensão da QV de PVHIV é importante levando em consideração a maior sobrevida e o convívio com uma condição estigmatizante, e a transmissibilidade de uma infecção ainda incurável, com consequências biopsicossociais que repercutem na QV. De acordo com Pinto et al. (2007) a distribuição dos ARV permitiu reduzir em 50% a taxa de mortalidade por aids no Brasil.

De acordo com Lima *et al*. (2022), estudos demonstraram que as condições de vida têm um impacto direto na avaliação da QV de PVHIV. Além disso, indicam que os aspectos psicossociais exercem uma influência negativa na QV, especialmente quando enfrentam situações de estigma e preconceito quando estão em relacionamentos homoafetivos ou lidam com doenças oportunistas. O estigma e a discriminação associados ao HIV representam grandes obstáculos para a QV relacionada à saúde (Anderson *et al*., 2020).

Pode-se dizer que a infecção afeta vários aspectos da QV das PVHIV, podendo influenciar os domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente, espiritualidade e religiosidade e crenças pessoais. Frente a esse conceito, a OMS empenhou-se na construção dos instrumentos WHOQOL (*World Health Organization Quality of Life*) e suas variações, direcionados para a avaliação da qualidade de vida das PVHIV (Fleck, 2000).

Estudos enfatizam a importância de entender a QV como um conceito amplo e complexo, com estratégias que vão além do âmbito da saúde. Conviver com o HIV atualmente requer muito mais do que simplesmente tratar a doença, pois as PVHIV enfrentam diariamente uma gama de desafios que vão além dos aspectos médicos, como problemas transdisciplinares que envolvem sintomas depressivos, estigma, discriminação e os efeitos adversos relacionados ao regime terapêutico (Brasil, 2017; Cook *et al*., 2018; Venturini *et al.*, 2017).

O WHOQOL-HIV BREF é um instrumento de avaliação da QV relacionada à saúde em PVHA. Desenvolvido pela OMS, este visa medir diversos aspectos da QV em diferentes populações de PVHIV e é distribuído em seis domínios conforme o quadro 1. O questionário é aplicado por meio de autorrelato e foi desenvolvido com o objetivo de ser utilizado em pesquisas, intervenções e na prática clínica. Este permite que os profissionais de saúde e pesquisadores tenham um melhor entendimento como a infecção pelo HIV afeta a QV das pessoas que vivem com essa condição.

Quadro 1 – Classificação dos Domínios do WHOQOL HIV Bref

DOMÍNIO 1	SAÚDE FÍSICA
DOMÍNIO 2	SAÚDE PSICOLÓGICA
DOMÍNIO 3	NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA
DOMÍNIO 4	RELAÇÕES SOCIAIS
DOMÍNIO 5	MEIO AMBIENTE
DOMÍNIO 6	ESPIRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS

FONTE: Classificação adaptada (Silveira *et al*, 2019).

O questionário avalia a QV com 31 questões das quais duas perguntas de âmbito geral e outras 29 que representam cada uma das 24 facetas da versão original e 5 facetas específicas para as PVHIV. Neste sentido, enquanto na versão longa do instrumento cada uma das facetas é avaliada por quatro perguntas, no WHOQOL-HIV Bref cada uma das 29 facetas é avaliada por apenas uma pergunta. Esta versão breve é igualmente constituída pelos seis domínios referidos.

A faceta do WHOQOL-100 que avalia a qualidade de vida do ponto de vista do participante, não inserida em nenhum domínio, permanece no WHOQOL-HIV Bref. As facetas do WHOQOL-

HIV Bref com os seis domínios são: dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso, sintomas de HIV, sentimentos positivos, cognição (pensamentos, aprendizagem, memória e concentração), autoestima, corpo, sentimento negativos, mobilidade, atividades da vida diária, dependência de medicação, capacidade de trabalho, relações pessoais, apoio social, atividade sexual, inclusão social, segurança física, ambiente doméstico, recursos financeiros, saúde e assistência social, novas informações e habilidades, recreação e lazer, ambiente físico, transporte, ERCP, perdão e culpa, preocupações sobre o futuro, morte e morrer. (WHOQOL-HIV Group, 2003).

4. OBJETIVOS

4.1. OBJETIVO GERAL:

- Avaliar a Qualidade de Vida, através da aplicação questionário WHOQOL-HIV Bref, dos adultos atendidos no ambulatório de Imunologia e AIDS do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle através de um instrumento validado que analisa os níveis de QV das PVHIV.

4.2. OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar o perfil sociodemográficos das PVHIV;
- Analisar dados clínicos como carga viral, contagem de Linfócito T CD4-Positivo e terapia antirretroviral das PVHIV atendidas;
- Identificar fatores clínicos e imunológicos associados ao nível de alta e baixa Qualidade de Vida das PVHIV;
- Analisar a confiabilidade e da consistência interna dos resultados obtidos nas respostas do questionário WHOQOL-HIV Bref entre os participantes do estudo;
- Correlacionar os dados sociodemográficos e os dados clínicos com a QV.

5. METODOLOGIA

Foi realizado um estudo transversal, observacional, qualitativo e quantitativo, no qual utilizou-se amostragem não-probabilística consecutiva (Santos *et al*, 2007) de pacientes em atendimento no Ambulatório de Imunologia e Aids do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, no período de julho de 2022 até junho de 2023, que aceitaram serem submetidos ao estudo. Com base em uma estatística prévia da farmácia do hospital, estima-se cerca de 2,5 mil PVHIV em acompanhamento ambulatorial no HUGG-UNIRIO/EBSERH.

Aplicou-se em forma de entrevista, pelo pesquisador, o questionário *World Health Organization Quality of Life HIV* – em sua versão resumida (WHOQOL-HIV Bref), o qual será mais bem detalhado no tópico seguinte.

Os pacientes foram recrutados enquanto aguardavam suas consultas ambulatoriais regulares. A duração média das entrevistas foi de cerca de 30 minutos. Destaca-se que todas as entrevistas foram realizadas em uma sala reservada, no próprio ambulatório de Imunologia e aids do HUGG, a fim de promover a privacidade de cada participante.

5.1. INSTRUMENTO DE PESQUISA

Para a avaliação da QV o questionário utilizado foi o instrumento WHOQOL-HIV Bref, em sua versão resumida, desenvolvido pela OMS, já validado transculturalmente para o português do Brasil (Zimpel e Fleck, 2007).

O instrumento utilizado é um modelo abreviado da versão completa denominada WHOQOL-HIV, do qual é composto de 120 questões. O WHOQOL-HIV Bref com 29 questões que avaliam os seis domínios que representam as manifestações maiores da QV: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e aspectos espirituais, religião e crenças pessoais, por meio de 24 facetas que compõem a versão original (WHOQOL-100) e mais 5 facetas específicas para PVHIV, conforme o quadro 2. O questionário possui ainda duas questões que examinam a autopercepção da QV e da saúde, totalizando 31 questões (Fleck, 2000; World Health Organization, 2002).

Quadro 2 – Domínios e Facetas do questionário WHOQOL-HIV Bref

DOMÍNIOS	**FACETAS**
Domínio 1 - Físico	1 dor e desconforto 2 energia e fadiga 3 sono e descanso **50 sintomas de PVHAs**
Domínio 2 - Psicológico	4 sentimentos positivos 5 cognição (pensamentos, aprendizagem, memória e concentração) 6 autoestima 7 corpo 8 sentimentos negativos
Domínio 3 - Nível de Independência	9 mobilidade 10 atividades da vida diária 11 dependência de medicação ou tratamentos 12 aptidão ao trabalho
Domínio 4 - Relações Sociais	13 relacionamentos pessoais 14 apoio social 15 atividade sexual **51 inclusão social**
Domínio 5 - Meio Ambiente	16 segurança física 17 moradia 18 finanças 19 cuidados (acesso e qualidade à saúde e assistência social) 20 informação (adquirir informação nova / aprender novas habilidades) 21 lazer 22 ambiente físico (poluição / barulho / trânsito / clima) 23 transporte
Domínio 6 - Espiritualidade / Religião / Crenças Pessoais geral e Percepção geral de saúde	24 ercp (espiritualidade / religião / crenças pessoais) **52 perdão e culpa** **53 preocupação sobre o futuro** **54 morte e morrer**

FONTE: Classificação adaptada (Kihara *et al* , 2023). Em negrito, facetas específicas para PVHIV

As respostas do instrumento atendem à escala de Likert, onde são apresentadas cinco possibilidades de respostas, sendo: 1 a mais forte em desacordo e 5 o mais alto grau de concordância, com exceção das facetas 3, 4, 5, 8, 9, 10 e 31 que tem sua pontuação invertida para representação fiel da escala. Para análise da distribuição dos pacientes quanto aos escores da QV foram estipuladas três posições: inferior (de 4 a 10 pontos), intermediária (de 10,1 a 14,9 pontos) e superior (de 15 a 20 pontos) (Ferreira, Oliveira e Paniago, 2012).

O instrumento possui trinta e uma questões, cujas facetas identificam imagem corporal, aparência, capacidade para o trabalho, sentimentos negativos, capacidade sexual, apoio social e meio ambiente (Fleck, 2000; Zimpel *et al*, 2007; Wig N *et al*, 2006).

O cálculo dos resultados do WHOQOL-HIV Bref é similar ao do WHOQOL-HIV, de acordo com a seguinte lógica:

- Deve-se verificar se as 31 questões foram preenchidas com valores entre 1 e 5;
- Invertem-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida, cada questão é invertida individualmente;
- Os escores das facetas são calculados a partir da soma das quatro questões pertencentes a cada faceta, seguido de uma divisão por quatro. Estes são expressos em uma escala variando entre 1 e 5;
- Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores das "n" facetas que compõem cada domínio, dividido pelo número de facetas do domínio. O resultado é multiplicado por quatro, sendo estes expressos em uma escala de 4 a 20, refletindo a pior e melhor QV, respectivamente.

O escore das facetas é calculado desde que estas possuam pelo menos uma questão respondida, enquanto o escore dos domínios é calculado desde que estes possuam minimamente uma faceta que tenha sido pontuada. O critério de exclusão dos indivíduos que responderam incorretamente ou deixaram de responder mais do que 20% do total de questões do instrumento não se faz presente na sintaxe do WHOQOL-HIV Bref.

A avaliação da QV com o uso de WHOQOL-HIV Bref além da quantificação de cada um de seus domínios, propicia a identificação de um índice geral de QV, valor numérico no máximo de 20 pontos (Mello, 2008).

5.2. DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DOS PACIENTES

Além do WHOQOL-HIV Bref também foi utilizado um formulário de coleta de dados clínicos e sociodemográficos, contendo: nome, data de nascimento, idade, sexo, estado civil, raça/cor autodeclarada, gestante, lactante, nível de escolaridade, trabalho remunerado, renda salarial, indicadores de saúde, TARV, comorbidades, medicamentos utilizados e hábitos de consumo de drogas, álcool e cigarros.

Os dados referentes à carga de vírus (CV) do HIV e contagem de linfócitos TCD4-Positivos foram obtidos por meio do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais de CD4/CD8 e Carga Viral (SISCEL). A contagem de linfócitos TCD4-Positivos foi realizada por citometria de fluxo e a CV do HIV foi quantificada pela técnica de PCR em tempo real (qPCR), com limite de detecção acima de 40 cópias/mL. Foi utilizado o resultado do exame laboratorial mais próximo

à data de realização da entrevista de cada participante, com no máximo 6 meses da data de realização. Esse intervalo foi estabelecido com base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos - PCDT-HIV (Ministério da Saúde, 2018), no qual preconiza que o exame de CV para monitoramento laboratorial de PVHIV para seguimento clínico seja realizado com frequência semestral.

5.3. POPULAÇÃO E CÁLCULO AMOSTRAL

Para o cálculo do tamanho da amostra, estabeleceu-se um total de 143 indivíduos, considerando essa quantidade como representativa para uma população de 2,5 mil PVHIV atendidas no ambulatório de Imunologia e aids do HUGG. Para fins de cálculo, foi estimada uma prevalência de baixa qualidade de vida (QV) entre esses indivíduos foi de 3,7%, com uma margem de erro aceitável de 3,0%, um *design effect* de 1,0 e *clusters* de 1. O cálculo foi realizado utilizando o software EpiInfo 7.2 (CDC, Atlanta, EUA), por meio do módulo StatCalc - *Sample Size and Power.*

5.4. ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para verificação da normalidade foram utilizados os testes de Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk, bem como a análise gráfica do histograma em todos os dados contínuos e realizada análise descritiva dos dados contínuos conforme a normalidade ou não da distribuição.

Para avaliação da confiabilidade e da consistência interna dos resultados obtidos nos escores do instrumento de avaliação da qualidade de vida utilizado na pesquisa, o questionário WHOQOL-HIV BREF, foi utilizado o coeficiente *alfa* de Cronbach (Cronbach, 1951).

Para as comparações da distribuição dos dados contínuos não-paramétricos foi utilizado o teste U de Mann-Whitney para comparação das medianas obtidas nos escores do instrumento WHOQOL-HIV Bref entre dois grupos (masculino e feminino; depressão e ansiedade; carga de vírus, CD4 e TARV) e o teste H de Kruskal-Wallis para a comparação entre três ou mais grupos (escolaridade, raça e cor, renda, frequência de ingestão de álcool, tabaco e drogas), com correção de Bonferroni (1935; 1936) para ajuste do alfa, nas comparações dois-a-dois, para as análises que apresentaram diferença significativa.

Para avaliar a associação de alta QV (> 15 pontos) entre variáveis categóricas como sexo, classes de antirretrovirais, CV indetectável (<40 cópias/mL), contagem de linfócitos CD4 <350 células/mL, uso regular de antirretrovirais (ARV), crises de depressão e/ou ansiedade e tratamento psicológico ou psiquiátrico prévio em pacientes com HIV, foi realizado o cálculo da razão de chances (Odds Ratio - OR).

Foram calculadas as correlações pelo coeficiente de Spearman (rS) entre as variáveis contínuas idade e os escores dos domínios obtidos pelo instrumento WHOQOL-HIV BREF.

Para os cálculos acima reportados foi utilizado o programa estatístico SPSS versão 27 (IBM Company, Armonk, NY). O nível de significância mínimo utilizado foi de 5% ($p < 0,05$).

5.5. ASPECTOS ÉTICOS E LIMITAÇÕES DA PESQUISA

O presente estudo está inserido dentro de uma pesquisa intitulada "CARGA VIRAL, LINFÓCITOS, ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV, DE DISTINTOS NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO" que vem sendo conduzida desde o ano de 2022. A pesquisa supracitada respeitou todos os conceitos éticos das resoluções n° 466/12 e n° 510/16 e foi aprovada no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (CEP-HUGG) sob o parecer n° 54523521.2.0000.5258 (ANEXO 10.1).

Os indivíduos atendidos no ambulatório de imunologia e aids do HUGG no período de julho de 2022 a junho de 2023 foram convidados e recrutados para participar do estudo. Aos que aceitaram participar do estudo, foram-lhes apresentados o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), assinado pelos mesmos e pelo pesquisador.

Os critérios de inclusão adotados no estudo foram indivíduos com idade igual ou superior a 18 anos e igual ou inferior a 65 anos, que não apresentavam dificuldade de comunicação que comprometesse o entendimento do questionário, com diagnóstico de HIV há pelo menos um ano, com ciência do mesmo e que faziam acompanhamento no ambulatório de Imunologia e aids do HUGG.

Os participantes foram submetidos a uma entrevista, onde responderam um questionário de anamnese constituído de perguntas de identificação pessoal, outros referentes a elementos que serviram para inclusão ou exclusão dos indivíduos na pesquisa.

Os mesmos foram informados detalhadamente sobre o protocolo do estudo a fim de fornecer todos os esclarecimentos necessários com respeito à Resolução 466/2012.

O presente estudo se viu confrontado com algumas limitações, tais como a recusa de participação por parte de pacientes motivados por circunstâncias específicas, bem como a carência de espaços privativos no ambiente ambulatorial para a condução dos questionários. É importante ressaltar que a pesquisa foi conduzida em um centro especializado no tratamento de pacientes portadores do HIV, fato que pode, eventualmente, incidir sobre os resultados obtidos.

6. RESULTADOS

Participaram do estudo um total de 161 indivíduos, sendo 83 mulheres e 78 homens, com idade média de 46,7 anos (DP ±9,1 anos, idade mínima de 19 e máxima de 62 anos). Entre as mulheres, a média de idade foi de 47,0 anos (DP ± 9,4 anos), entre os homens a média foi de 46,5 anos (DP ±8,9 anos). A Tabela 1 apresenta a caracterização do perfil da amostra, incluindo variáveis sociodemográficas, socioeconômicas e percepções de saúde.

Tabela 1. CARACTERÍSTICAS SÓCIO DEMOGRÁFICAS, ECONÔMICAS E PERCEPÇÃO DE SAÚDE

VARIÁVEL	N (%)
SEXO	
FEMININO	83 (51,6%)
MASCULINO	78 (48,4%)
ESTADO CIVIL	
SOLTEIRO	106 (65,8%)
CASADO	29 (18%)
DIVORCIADO	16 (9,9%)
VIÚVO	8 (5%)
UNIÃO ESTÁVEL	2 (1,2%)
RAÇA/COR AUTO DECLARADA	
BRANCO	41 (25,5%)
PRETO	39 (24,2%)
PARDO	74 (46%)
POVOS NATIVOS	4 (2,5%)
AMARELO	3 (1,9%)
ESCOLARIDADE	
1 A 3	8 (5%)
4 A 7	27 (16,8%)
8 A 11	88 (54,7%)
DE 12 A MAIS	37 (23%)
OMISSO	1 (0,6%)
TRABALHO REMUNERADO	
SIM	78 (48,4%)
NÃO	65 (40,4%)
APOSENTADO	18 (11,2%)
RENDA	
SEM RENDA	18 (11,2%)
ATÉ 1 SALÁRIO MÍNIMO	49 (30,4%)
>1 a 3 SALÁRIOS MÍNIMOS	77 (47,8%)
>3 a 5 SALÁRIOS MÍNIMOS	9 (5,6%)
>5 SALÁRIOS MÍNIMOS	7 (4,3%)
OMISSO	1 (0,6%)
TERAPIA ANTIRRETROVIRAL	
SIM	156 (96,9%)
NÃO	3 (1,9%)
OMISSO	2 (1,2%)
FUMA	
SIM	32 (19,9%)
NÃO	129 (80,1%)
INGERE BEBIDA ALCOÓLICA	
SIM	103 (64%)
NÃO	58 (36%)
PERCEPÇÃO DE SAÚDE	
MUITO RUIM	4 (2,5%)
RUIM	9 (5,6%)
BOA	92 (57,1%)
MUITO BOA	33 (20,5%)
EXCELENTE	22 (13,7%)
OMISSO	1 (0,6%)
DEPRESSÃO E ANSIEDADE	
SIM	94 (58,8%)
NÃO	66 (41,3%)
OMISSO	1 (0,6%)
COMORBIDADE	
SIM	101 (62,73%)
NÃO	60 (37,27%)

Com base nos dados obtidos no questionário de anamnese, é possível constatar que, dentre os pacientes submetidos à entrevista, notou-se que a maioria se encontrava na condição de solteiros, representando 106 (65,8%) do total. Quanto à autodeclaração étnico-racial, verificou-se que 41 (25,5%) indivíduos se identificaram como brancos, e como não brancos 39 (24,2%) pretos e 74 (46%) pardos, 4 (2,5%) pertencentes a povos nativos e 3 (1,9%) amarelos.

Analisando o perfil socioeconômico, quanto ao nível de escolaridade, a faixa predominante compreendia de 8 a 11 anos de estudo, abrangendo 88 (54,7%) dos participantes. Correspondendo à ocupação, 78 (48,4%) dos entrevistados indicaram possuir emprego remunerado. No que concerne à renda mensal, 77 (47,8%) dos respondentes situavam-se na faixa de renda mensal entre 1 a 3 salários-mínimos.

No contexto dos dados concernentes à adesão à TARV dos entrevistados, destaca-se que uma parcela expressiva, totalizando 156 (96,9%) dos pacientes respondeu que faz uso regular da TARV. Adicionalmente, constata-se que a maioria significativa, compreendendo 129 (80,1%) dos participantes, abstém-se do hábito de fumar, enquanto 103 (64%) reportam o consumo habitual de bebidas alcoólicas.

No que concerne à percepção subjetiva de saúde, é interessante notar que 147 (91,3%) dos entrevistados avaliam positivamente sua condição de saúde. Curiosamente, nesse mesmo grupo, 94 (58,8%) dos pacientes reconhecem enfrentar episódios recorrentes de depressão ou ansiedade, destacando-se uma discrepância entre a percepção subjetiva de saúde e a manifestação de condições psicológicas adversas.

Dos pacientes avaliados, uma parcela significativa, correspondendo a 101 (62,73%), relatou pelo menos uma comorbidade. Dentro deste grupo, como demonstrado na tabela 2, observou-se que os distúrbios mais prevalentes foram a hipercolesterolemia, diagnosticado em 40 (25,4%) indivíduos, seguido pela hipertensão arterial sistêmica, relatada por 36 (22,3%) pacientes, destacando-se como as comorbidades mais frequentes na amostra analisada.

Tabela 2. COMORBIDADES

VARIÁVEL	N (%)
COMORBIDADES	
HIPERCOLESTEROLEMIA	40 (25,4%)
DPOC	8 (4,9%)
DEPRESSÃO	30 (18,6%)
HIPERTENSÃO ARTERIAL SISTÊMICA	36 (22,3%)
ARTRITE / ARTROSE	12 (7,4%)
OSTEOPOROSE	10 (6,2%)
DIABETES	15 (9,3%)
DOENÇA CEREBROVASCULAR	7 (4,3%)
LOMBALGIA	8 (4,9%)
CORONARIOPATIA	2 (1,2%)
CÂNCER	8 (4,9%)
OUTROS	4 (2,4%)

DPOC - Doença Pulmonar Obstrutiva Crônica

Essas constatações ressaltam a diversidade presente na amostra e fornecem subsídios relevantes para análises mais aprofundadas acerca das características sociodemográficas, socioeconômicas e percepção de saúde dos entrevistados.

O perfil clínico da população examinada no estudo está demonstrado na Tabela 3.

Tabela 3. PERFIL CLÍNICO DA POPULAÇÃO

VARIÁVEL	N (%)
CARGA VIRAL	
<40 CÓPIAS/mL	144 (89,4%)
>40 CÓPIAS/mL	17 (10,6%)
TCD4	
<350 céls/mL	18 (11,2%)
>350 céls/mL	143 (88,8%)
TARV	
ITRN (AZT/3TC/TDF)	153 (95%)
ITRNN (NVP/EFV)	42 (26,1%)
INI (RAL/DOL)	76 (47,2%)
IP (DRV/RTV/ATZ)	56 (34,8%)

CÉLS - células; TARV - Terapia Antirretroviral; ITRN - Inibidores de Transcriptase Reversa análogo de Nucleosídeo/Nucleotídeo; ITRNN - Inibidores de Transcriptase Reversa não Nucleosídeos;INI - Inibidores de Integrase; IP - Inibidores de Protease; AZT - Zidovudina; 3TC - Lamivudina; TDF - Tenofovir; NVP - Nevirapina; EFV - Efavirenz; RAL - Raltegravir; DTG - Dolutegravir; DRV - Darunavir; R - Ritonavir; ATZ - Atazanavir.

Notou-se que a predominância dos pacientes apresentava uma CV abaixo de 40 cópias/mL, totalizando 114 (89,4%) da amostra, além de registrar uma contagem de linfócitos TCD4-Positivos superior a 350 células/mL, abrangendo 88,8% dos participantes. Embora a maioria, equivalente a 95%, fizesse uso de Inibidores de Transcriptase Reversa análogo de Nucleosídeo/Nucleotídeo (ITRN), alguns indivíduos empregavam distintas combinações farmacológicas, ressaltando uma diversidade terapêutica na população investigada.

Os ARV foram classificados em diferentes categorias, tais como Inibidores de Transcriptase Reversa análogo de Nucleosídeo/Nucleotídeo (ITRN), Inibidores de Transcriptase Reversa não Nucleosídeos (ITRNN), Inibidores de Integrase (INI) e Inibidores de Protease (IP).

De acordo com os resultados do questionário, o domínio mais afetado em relação a QV foi o ERCP com 23 (14,3%) pacientes apresentando baixa QV. Apesar de algumas abstenções, nota-se que a maioria dos pacientes está entre média e alta QV, sendo o domínio das relações sociais com o maior número de pacientes impactados positivamente (96 / 59,6%), demonstrando o quanto uma boa relação social com amigos e parentes pode impactar positivamente na vida das PVHIV.

A tabela 4 sumariza a distribuição dos 161 pacientes conforme os escores obtidos em cada domínio.

Tabela 4. SUMARIZAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA

DOMÍNIOS	POSIÇÕES			
	BAIXA (4 - 10)	MÉDIA (10,1 - 14,9)	ALTA (15 - 20)	OMISSOS
	N / %	N / %	N/%	N/%
FÍSICO	19 / 11,8%	48 / 29,8%	93 / 57,8%	1 / 0,6%
PSICOLÓGICO	12 / 7,5%	56 / 34,8%	92 / 57,1%	1 / 0,6%
NÍVEL DE INDEPENÊNCIA	17 / 10,6%	62 / 38,5%	82 / 50,9%	0 / 0%
RELAÇÕES SOCIAIS	10 / 6,2%	52 / 32,3%	96 / 59,6%	3 / 1,9%
MEIO AMBIENTE	14 / 8,7%	91 / 56,5%	52 / 32,3%	4 / 2,5%
ERCP	23 / 14,3%	45 / 28,0%	93 / 57,8%	0 / 0%
QUALIDADE DE VIDA GLOBAL	6 / 3,7%	56 / 34,8%	99 / 61,5%	-

ERCP - ESPÍRITUALIDADE, RELIGIOSIDADE E CRENÇAS PESSOAIS

Como observado na tabela acima, a maioria dos pacientes apresentam alta QV (99 / 61,5%).

A Tabela 5 demonstra a dicotomização dos resultados através da análise estatística da associação expressa através do cálculo da *odds ratio* (OR). Para fins de análise foi considerado alta QV escores obtidos no instrumento acima de 15 pontos, e considerado baixa QV escores obtidos pelo mesmo método menores que 10 pontos.

TABELA 5. ASSOCIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA E FATORES CLÍNICOS E IMUNOLÓGICOS

	Desfecho relacionado a QV ALTA				Desfecho relacionado a QV BAIXA			
	Casos				Casos			
Fator de exposição	QV < 15	QV > 15	OR	IC 95%	QV < 10	QV > 10	OR	IC 95%
SEXO								
Feminino	47 (56,6%)	36 (43,4%)	1,3	0,7 - 2,4	4 (4,8%)	79 (95,2%)	1,92	0,34 - 10,8
Masculino	39 (50,0%)	39 (50,0%)			2 (2,6%)	76 (97,4%)		
ITRN (AZT ou 3TC ou TDF ou ENT)								
Presente	81 (52,9%)	72 (47,1%)	0,7	0,2 - 2,9	5 (3,3%)	148 (96,7%)	0,2	0,02 - 2,3
Ausente	5 (62,5%)	3 (37,5%)			1 (12,5%)	7 (87,5%)		
ITRNN (NVP ou EFV)								
Presente	17 (40,5%)	25 (59,5%)	0,5	0,3 - 1,0	0 (0,0%)	42 (100%)	1,6	1,1 - 1,2
Ausente	69 (58,0%)	50 (42,0%)			6 (5,0%)	113 (95,0%)		
Integrase (RAL ou DTG)								
Presente	40 (52,6%)	36 (47,4%)	0,9	0,5 - 1,8	1 (1,3%)	75 (98,7%)	0,2	0,02 - 1,9
Ausente	46 (54,1%)	39 (45,9%)			5 (5,9%)	80 (94,1%		
IP (DRV/r ou ATZ/r)								
Presente	36 (64,3%)	20 (35,7%)	**2,0**	1,1 - 3,9	6 (10,7%)	50 (89,3%)	**27,1**	1,5 - 491,6
Ausente	50 (47,6%)	55 (52,4%)			0 (0%)	105 (100%)		
Carga Viral								
< 40 cópias/mL	75 (52,1%)	69 (47,9%)	0,6	0,2 - 1,7	3 (2,1%)	141 (97,9%)	**0,1**	0,2 - 0,6
> 40 cópias/mL	11 (64,7%)	6 (35,3%)			3 (17,6%)	14 (82,4%)		
Categoria de TCD4								
< 350céls/mL	7 (38,9%)	11 (61,1%)	0,6	0,2 - 1,4	2 (11,1%)	16 (88,9%)	4,3	0,8 - 25,6
> 350 cels/mL	79 (55,2%)	64 (44,8%)			4 (2,8%)	139 (97,2%)		
Comorbidade								
Presente	55 (54,5%)	46 (45,5%)	1,2	0,6 - 2,2	4 (4,0%)	97 (96,0%)	1,2	0,3 - 6,8
Ausente	31 (51,7%)	29 (48,3%)			2 (3,3%)	58 (96,7%)		
Faz uso regular de terapia antirretroviral?								
Sim	1 (33,3%)	2 (66,7%)	0,5	0,1 - 4,8	0 (0,0%)	3 (100%)	1,1	1,0 - 1,1
Não	85 (54,5%)	71 (45,5%)			6 (3,8%)	150 (96,2%)		
Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?								
Sim	63 (67,0%)	31 (33,0%)	**4,1**	2,1 - 7,9	6 (6,4%)	88 (93,6%)	9,8	0,54 - 176,5
Não	22 (33,3%)	44 (66,7%)			0 (0%)	66 (100%)		
Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?								
Sim	38 (69,1%)	17 (30,9%)	**2,7**	2,1 - 7,9	3 (5,5%)	52 (94,5%)	2,0	0,4 - 10,2
Não	48 (45,3%)	58 (54,7%)			3 (2,8%)	103 (96,3%)		

ITRN - Inibidores de Transcriptase Reversa análogo de Nucleosídeo/Nucleotídeo; ITRNN - Inibidores de Transcriptase Reversa não Nucleosídeos;INI - Inibidores de Integrase; IP - Inibidores de Protease; AZT - Zidovudina; 3TC - Lamivudina; TDF - Tenofovir; NVP - Nevirapina; EFV - Efavirenz; RAL - Raltegravir; DTG - Dolutegravir; DRV - Darunavir; R - Ritonavir; ATZ - Atazanavir.

Analisando a tabela acima, identificou-se que pacientes que não usam Inibidores de Protease (DRV/r ou ATZ/r) apresentam 2 vezes mais chances de alta QV com um escore acima de 15 pontos. Enquanto, pacientes em uso de IP (DRV/r ou ATZ/r) apresentam 27,1 vezes mais chances de apresentarem baixa QV com um escore abaixo de 10 pontos.

Pacientes que responderam que não costumam ter crises de depressão e/ou ansiedade apresentam 4,1 vezes mais chances de alta QV comum escore maior do que 15 pontos. E os que não fazem ou não fizeram algum tratamento psicológico ou psiquiátrico apresentam 2,7 vezes mais chances de alta QV com um escore acima de 15 pontos.

A Tabela 6 oferece uma média dos escores obtidos em cada um dos domínios de QV.

Tabela 6. DISTRIBUIÇÃO DOS SCORES DOS DOMÍNIOS DE QUALIDADE DE VIDA

DOMÍNIO	MÉDIA (DP)	MÍNIMO	MÁXIMO	α de Cronbach
FÍSICO	14,83 (3,36)	4	20	0,759
PSICOLÓGICO	14,74 (2,81)	7	20	0,759
NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA	14,48 (3,04)	6	20	0,752
RELAÇÕES SOCIAIS	14, 87 (2,83)	7	20	0,776
MEIO AMBIENTE	13, 66 (2,34)	7	19	0,783
ERCP	15,15 (3,70)	6	20	0,838

ERCP - Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais.

Analisando os escores médios obtidos por domínio dos participantes, destaca-se que os domínios de Relações Sociais e Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (ERCP) alcançaram as médias de escore mais elevadas, registrando 14,87 e 15,15, respectivamente. Por outro lado, o domínio Meio Ambiente foi o que obteve o escore mais baixo, com valor de 13,66 pontos.

A análise do Alfa de Cronbach mostrou a confiabilidade do questionário, com valores maiores que 0,75, demonstrando então a alta confiabilidade do estudo e que cada domínio é independente um do outro.

A avaliação da QV, considerando os dados sociodemográficos e econômicos, está devidamente apresentada na Tabela 7. Esta tabela evidencia a média e o desvio padrão de cada dado relacionado a cada domínio do questionário empregado.

Tabela 7. QUALIDADE DE VIDA E DADOS SÓCIO DEMOGRÁFICOS

VARIÁVEIS	Escore médio de qualidade de vida / DP					
	FÍSICO	PSICOLÓGICO	NÍVEL DE INDEP.	RELAÇÕES SOCIAIS	MEIO AMBIENTE	ERCP
SEXO						
FEMININO	14,53 / 3,39	14,41 / 2,78	13,96 / 3,40	14,48 / 3,09	13,40 / 2,30	15,03 / 3,72
MASCULINO	15,13 / 3,32	15,08 / 2,81	15,00 / 2,55	15,26 / 2,51	13,92 / 2,38	15,28 / 3,69
P VALOR	P = 0,258	P = 0,055	**P = 0,041***	P = 0,104	P = 0,081	P = 0,479
ESTADO CIVIL						
SOLTEIRO	14,75 / 3,52	14,83 / 2,87	14,39 / 2,96	14,79 / 2,97	13,67 / 2,35	15,09 / 3,60
CASADO	15,27 / 2,34	14,61 / 2,37	14,38 / 3,13	15,00 / 2,20	13,98 / 2,65	15,15 / 3,69
DIVORCIADO	14,87 / 3,52	15,14 / 3,17	15,33 / 2,89	15,60 / 3,20	13,23 / 2,07	16, 47 / 3,90
VIÚVO	14,13 / 4,45	13,60 / 3,11	14,25 / 4,55	14,25 / 2,71	13,31 / 2,06	13,88 / 4,58
UNIÃO ESTÁVEL	15,50 / 2,12	13,60 / 1,13	14,50 / 2,12	14,00 / 1,41	13,50 / 2,12	13,50 / 4,95
P VALOR	P = 0,901	P = 0,637	P = 0,828	P = 0,669	P = 0,774	P = 0,527
RAÇA AUTO DECLARADA						
BRANCO	15,08 / 3,45	14,85 / 2,88	14,62 / 3,15	15,21 / 2,56	14,12 / 2,05	15,49 / 3,78
PRETO	14,74 / 3,68	14,80 / 2,75	14,89 / 2,99	14,74 / 2,94	13,90 / 2,00	14,76 / 3,73
PARDO	14,52 / 3,21	14,71 / 2,91	14,16 / 2,90	14,77 / 2,99	13,25 / 2,63	15,16 / 3,72
POVOS NATIVOS	18,00/ 1,41	14,60 / 1,64	16,25 / 0,95	14,25 / 2,21	13,12 / 2,95	13,50 / 2,64
AMARELO	15,67 / 1,52	13,60 / 2,88	12,33 / 6,50	15,33 / 3,05	14,66 / 1,44	17,67 / 3,21
P VALOR	P = 0,229	P = 0, 916	P = 0,492	P = 0,924	P = 0,225	P = 0,526
ESCOLARIDADE						
1 A 3	14,86 / 4,37	14,51 / 3,21	14,00 / 4,08	15,57 / 2,93	14,00 / 3,61	13,86 / 4,37
4 A 7	14,58 / 3,73	14,24 / 3,02	13,96 / 3,83	14,31 / 3,62	13,34 / 2,67	14,92 / 3,46
8 A 11	14,85 / 3,34	15,11 / 2,81	14,61 / 2,89	14,89 / 2,75	13,43 / 2,25	15,29 / 3,77
DE 12 A MAIS	15,03 / 3,08	14,33 / 2,60	14,65 / 2,65	15,03 / 2,43	14,28 / 1,99	15,43 / 3,51
P VALOR	P = 0,815	P = 0,404	P = 0,786	P = 0,781	P = 0,269	P = 0,395
RENDA						
SEM RENDA	13,59 / 3,55	13,50 / 2,91	12,24 / 3,27	14,65 / 2,78	12,26 / 1,84	15,35 / 3,08
ATÉ 1 SAL	14,67 / 3,66	14,52 / 2,93	14,40 / 3,26	14,22 / 3,03	13,35 / 2,39	14,33 / 3,92
>1 a 3 SAL	14,84 / 3,25	15,00 / 2,76	14,63 / 2,76	15,04 / 2,85	13,87 / 2,33	15,44 / 3,76
>3 a 5 SAL	16,78 / 1,92	14,66 / 2,46	15,78 / 2,04	16,00 / 1,80	14,55 / 1,94	16,11 / 2,89
>5 SAL	15,67 / 2,16	16,13 / 1,78	16,67 / 1,36	16,33 / 1,96	15,16 / 1,57	15,00 / 3,89
P VALOR	P = 0,099	P = 0,213	**P = 0,003***	P = 0,305	**P = 0,007***	P = 0,403

ERCP - Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais; SAL - Salário Mínimo

Em relação ao sexo masculino, nota-se que o domínio nível de independência foi significativamente maior a QV do que as mulheres (p = 0,041)

Pacientes sem renda demonstraram significância estatística em comparação com com pacientes com renda superior a 5 salários-mínimos no domínio nível de independência (p= 0,01) e meio ambiente (p= 0,26).

Em relação aos dados clínicos, exibido na tabela 8, é evidente que o aumento da CV teve um impacto significativo nos domínios físico, nível de independência e relações sociais. Por outro lado, sobre a contagem linfócitos TCD4-Positivos, não houve impacto significativo em nenhum dos domínios.

Tabela 8. QUALIDADE DE VIDA E DADOS CLÍNICOS

VARIÁVEIS	Escore médio de qualidade de vida					
	FÍSICO	PSICOLÓGICO	NIVEL DE INDEP.	RELAÇOES SOCIAIS	MEIO AMBIENTE	ERCP
CARGA VIRAL						
<40 cópias/mL	15,02	14,78	14,61	15,09	13,66	15,09
>40 cópias/mL	13,19	14,4	13,38	12,94	13,65	15,69
P VALOR	**0,044***	0,753	0,067	**0,003***	0,91	0,81
TCD4 +						
<350 céls/mL	14,35	15,48	15,12	14,71	14,08	16,06
>350 céls/mL	14,89	14,65	14,4	14,89	13,61	15,04
P VALOR	0,433	0,299	0,445	0,612	0,349	0,555
ITRN (AZT ou 3TC ou TDF)						
USO	14,35	14,81	14,54	14,91	13,62	15,25
SEM USO	13,5	13,5	13,38	14,13	14,37	13,38
P VALOR	0,241	0,169	0,379	0,272	0,309	0,191
ITRNN (NVP ou EFV)						
USO	15,61	15,53	14,98	15,37	14,15	15,88
SEM USO	14,54	14,45	14,29	14,69	13,48	14,88
P VALOR	0,056	**0,023***	0,169	0,152	0,119	0,056
INI (RAL ou DTG)						
USO	15	14,43	14,94	15,01	14,11	14,76
SEM USO	14,68	15,01	14,07	14,74	13,27	15,49
P VALOR	0,656	0,166	0,081	0,753	**0,020***	0,235
IP (DRV/r ou ATZ/r)						
USO	13,87	14,38	13,46	14,37	12,83	15,02
SEM USO	15,35	14,94	15,03	15,14	14,11	15,22
P VALOR	**0,008***	0,242	**0,002***	0,135	**0,002***	0,456

ERCP - Espíritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais; Céls - Células; ITRN - Inibidores de Transcriptase Reversa análogo de Nucleosídeo/Nucleotídeo; ITRNN - Inibidores de Transcriptase Reversa não Nucleosídeos;INI - Inibidores de Integrase; IP - Inibidores de Protease; AZT - Zidovudina; 3TC - Lamivudina; TDF - Tenofovir; NVP - Nevirapina; EFV - Efavirenz; RAL - Raltegravir; DTG -

O TARV afeta diretamente na QV das PVHIV. Uma observação relevante é que os pacientes que fazem uso de ITRNN (NVP ou EFV) sofreram impactos nos domínios físico, psicológico e ERCP, demonstrando que, pacientes que fazem uso desta medicação tem melhor QV de quem não usa, assim como os usuários de INI (RAL ou DTG), tendem a ter o domínio mais afetado positivamente no meio ambiente. Já os que receberam os IP (DRV/r ou ATV/r) os domínios afetados foram os físicos, nível de independência e meio ambiente, sendo estes pacientes impactados negativamente com o uso.

7. DISCUSSÃO

No que se refere ao perfil sociodemográfico dos participantes, o presente estudo identificou a prevalência do sexo feminino, assim como encontrado em estudos (Cruz ML *et al*., 2014; Villela *et al*., 2017). A seleção amostral foi por conveniência e não aleatória, pois tratava-se de uma entrevista que contava com a disponibilidade dos pacientes do ambulatório no dia da sua consulta. Entretanto, não houve nenhum tipo de seleção por parte dos entrevistadores que pudessem inferir algum viés de seleção.

Mesmo que a maior parte da amostra seja representada pelo sexo feminino, a diferença nas distribuições entre os sexos foi baixa. De acordo com Oliveira (2018), nos últimos anos, o quantitativo de mulheres afetadas pelo vírus tem aumentado, especialmente entre mulheres heterossexuais em relacionamentos estáveis, sendo que, em sua grande maioria, elas são infectadas por seus parceiros.

Um estudo realizado por Gomes *et al*. (2023) identificou a prevalência de infecção pelo HIV, novas infecções e óbitos relacionados à aids em mulheres adultas em comparação com homens. Desta maneira, reforça a importância de programas ou intervenções em saúde pública voltadas para ações de prevenção que alcancem a população. O sexo feminino constitui um dos grupos vulneráveis à infecção pelo HIV. Esta fragilidade é destacada a fatores socioeconômicos, culturais e biológicos que aumentam sua exposição e limitam o acesso aos cuidados necessários perante a doença (UNAIDS, 2020; Villela *et al.*, 2017).

Assim como em Ferreira, Oliveira e Paniago (2012), os homens apresentaram melhores níveis de QV que as mulheres, concordando com o presente estudo nos domínios físico, psicológico, nível de independência e relações sociais.

A idade é um grande fator determinante da mortalidade em várias doenças, incluindo a infecção pelo HIV. Os dados obtidos nesta pesquisa revelaram que os sujeitos participantes apresentam idade entre 19 e 62 anos. Estudos realizados por Sousa e Cerqueira (2021) e Gonçales *et al*. (2020) identificaram que a faixa etária com maior sobrevida para casos de PVHIV é de 30 a 59 ano, demonstrando que os participantes da presente pesquisa têm uma pré-disposição a ter uma maior sobrevida.

Em relação ao estado civil, a maioria dos participantes do estudo encontram-se solteiros, assim como no estudo de Rebolças *et al*. (2022). Em relação à raça/cor autodeclarada, identificou-se prevalência de pessoas pardas, corroborando com os dados apresentados no Boletim epidemiológico de 2022 (Brasil, 2022) que apresenta uma prevalência da raça parda em PVHIV no Brasil. Até 2013, a raça branca representava a maior parte dos casos de HIV no Brasil; nos anos posteriores, ocorreu um aumento de casos entre pretos e pardos (Brasil, 2021).

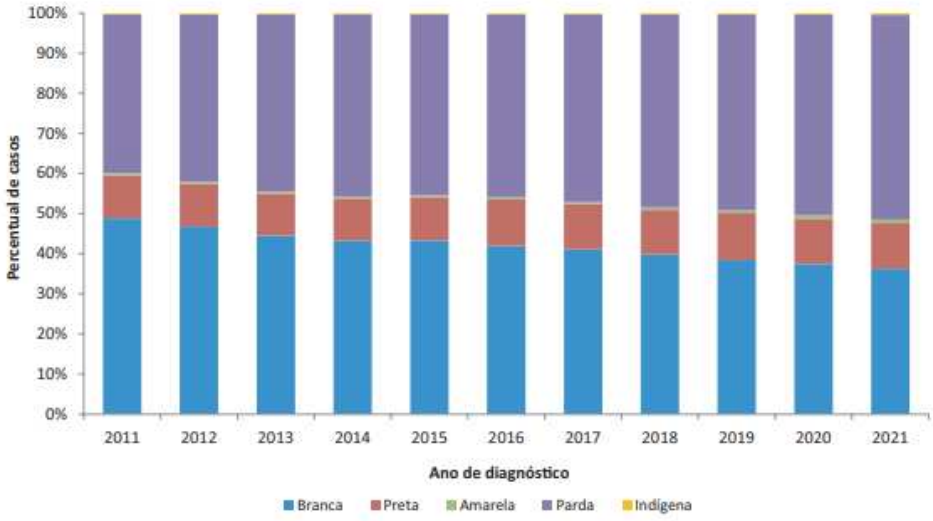


Figura 2. Distribuição percentual dos casos de aids segundo raça/cor da pele, por ano de diagnóstico. Brasil, 2011 a 2021 (Boletim Epidemiológico 2022)

A diferença na prevalência do HIV entre pessoas pretas e pardas, quando comparadas com pessoas brancas no Brasil, é resultado de uma relação entre fatores sociais, econômicos e estruturais, os quais incluem a desigualdade social, acesso aos serviços de saúde, estigma, discriminação, violência, políticas de saúde, entre outros. Essas populações têm mais fragilidade de ações intersetoriais como infraestrutura, segurança pública, saneamento básico, recolhimento de lixo e outros, afetando ainda mais a qualidade de vida (Sousa *et al*., 2017).

A conexão entre o grau de escolaridade e a infecção pelo HIV pode ser influenciada por uma série de variáveis, incluindo o contexto local, aspectos sociais e econômicos. Além da escolaridade, elementos como acesso aos serviços de saúde, disparidade social e econômica, estigma associado ao HIV e questões culturais desempenham um papel crucial na propagação e manejo da infecção. Tais variáveis impactam significantemente na QV das PVHIV, podendo influenciar em vários aspectos.

A estabilidade financeira desempenha um papel crucial para o bem-estar geral das PVHIV. Garantir o acesso contínuo ao tratamento e aos cuidados de saúde, além de promover a equidade no ambiente profissional e combater qualquer forma de discriminação, são pilares fundamentais para aprimorar a segurança financeira e a QV desses indivíduos. Além disso, programas de auxílio financeiro e assistência social podem representar recursos valiosos para ajudar a aliviar o peso financeiro enfrentado por muitos indivíduos vivendo com HIV. (Azevedo *et al*. 2022).

Pesquisas afirmam que há um grande risco de comorbidades crônicas entre PVHIV, como câncer e doenças cardiovasculares (Lerner *et al*., 2020). No presente estudo, as três maiores comorbidades encontradas foram hipercolesterolemia, hipertensão arterial sistêmica e depressão.

Outro estudo apresentou que PVHIV vivem substancialmente menos anos livres de comorbidades em comparação com a população em geral (Pontes-Pereira *et al*., 2023).

Importante ressaltar que o estresse aumenta o risco de depressão e ansiedade, além de contribuir para a diminuição da atividade do sistema imunológico, acelerando a progressão do vírus e facilitando o aparecimento de doenças oportunistas, consequentemente contribuindo para o desenvolvimento da aids (Calvetti *et al*., 2016; Fan *et al*., 2019).

O presente estudo identificou uma associação estatisticamente significativa, com um aumento de 4,1 vezes, na probabilidade de indivíduos sem crises de depressão e ansiedade apresentarem uma qualidade de vida superior a 15 pontos. Além disso, pacientes que não realizam ou nunca realizaram tratamento psicológico ou psiquiátrico têm 2,7 vezes mais chance de alcançar uma qualidade de vida acima de 15 pontos.

Correlacionando os dados sociodemográficos e a QV das PVHIV foi possível identificar que em relação a pacientes sem renda demonstraram significância estatística em comparação com pacientes com renda > 5 salários-mínimos nos domínios nível de independência e meio ambiente. Este aspecto demonstra que a falta de renda pode estar associada a uma pior QV nesses dois domínios específicos. Ou seja, pacientes sem renda podem ter menos independência e um ambiente menos favorável em comparação com pacientes que têm uma renda maior.

A TARV contribui para o aumento da expectativa de vida de PVHIV, e o tratamento e atualmente deve ser iniciado independentemente do estado imunológico da pessoa infectada, pois representa uma importante medida de saúde pública, contribuindo para a redução da carga viral, podendo atingir até 80% de supressão máxima, e consequentemente para a diminuição da transmissão do vírus, bem como na queda das taxas de morbidade e mortalidade (Villela *et al*., 2017).

A expectativa de vida das PVHIV vem-se modificando ao longo dos anos, sendo um dos grandes motivos os avanços relacionados à TARV, aumentando a sobrevida e a QV dos infectados.

Souza Junior (2006) afirma que a QV das PVHIV melhorou, dramaticamente, com o advento da HAART, ou seja, há os benefícios da terapêutica e os seus efeitos colaterais, mas os benefícios geralmente superam as adversidades, caso contrário a adesão ao tratamento pode ser comprometida, demonstrando então a importância da adesão e o impacto significativo na QV.

Assim como citado no estudo de Barkino e et al (2015), o domínio mais afetado pelo TARV foi o do meio ambiente, que está relacionado com a segurança física, ambiente no lar, recursos econômicos, oportunidades para adquirir novas informações, entre outros. Isso demonstra o quanto o ambiente doméstico, acessibilidade, recursos financeiros podem ser impactados.

O uso da TARV traz uma mudança comportamental necessária e adaptativa por ter que tomar o medicamento todos os dias, insegurança de que alguém descubra a infecção. Isso pode impactar no dia a dia do indivíduo.

Estudos buscam identificar aspectos da infecção, tratamento, pessoa, equipe e dos serviços de saúde que podem estar relacionados a dificuldades de adesão à TARV. Algumas das dificuldades encontradas são os horários das doses, que podem conflitar com as rotinas e o estilo de vida; baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento; não aceitação da soropositividade, pois tomar os remédios significa reconhecer que a condição de infecção pelo HIV é uma realidade; presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade; entre diversos outros fatores que podem dificultar a adesão (Ministério da Saúde, 2008)

Um dos achados importantes na pesquisa foi o impacto do uso de Inibidores de Protease na QV, demonstrando que pacientes que não fazem uso dessa medicação apresentam 2 vezes mais chance de apresentarem alta QV com escore acima de 15 pontos. Além deste achado, importante ressaltar que pacientes que fazem uso deste medicamento apresentam 27 vezes mais chance de apresentarem uma baixa QV com escore menor que 10 pontos.

Em relação a CV e a contagem de linfócitos TCD4-positivo, nota-se que, além de impactar na vida física do paciente, pode-se dizer que as relações sociais também são extremamente impactadas. Isso pode-se dar ao fator liberdade, principalmente no quesito sexual.

A CV indetectável traz uma sensação de bem-estar maior, aumentando a QV. Indivíduos com CV indetectável apresentam ter maiores relações pessoais e maiores níveis de independência, melhorando a QV. Além disso, a CV indetectável foi um fator de proteção nesta pesquisa, demonstrando que pacientes indetectáveis apresentam 90% mais proteção para baixa QV (escore menor que 10 pontos).

A contagem de linfócitos TCD4-positivo é um importante biomarcador de prognóstico em pacientes infectados pelo HIV (Hipolito et al., 2017). A presente pesquisa identificou uma prevalência de 88,8% de contagem de linfócitos TCD4-positivo maior que 350 células/mm^3. Outros estudos afirmam que pacientes que possuem contagens de linfócitos TCD4-positivo menor que 350 células/mm^3 podem estar associadas ao diagnóstico tardio, podendo apresentar comorbidades, ser mais suscetíveis a doenças e ter um aumento no risco de mortalidade, além de serem menos propensos a responder ao tratamento quando iniciado (Costa *et al*., 2019; Serra *et al.*, 2020). Na presente pesquisa não foi encontrado relação entre a contagem de Linfócitos TCD4-positivo e QV.

O resultado da avaliação da QV de PVHIV mostrou que os participantes apresentaram escores altos nas relações sociais e ERCP, demonstrando que está associado à percepção dos participantes

sobre relações pessoais, apoio social, inclusão social, espiritualidade e religiosidade, bem como à percepção de sentido da vida, reavaliação da opinião sobre a morte e a descoberta de novas relações com Deus.

Enquanto as menores médias, ainda deste presente estudo, correspondem aos domínios do meio ambiente e nível de independência, que estão relacionados à percepção de segurança física, moradia, finanças, acesso a serviços de qualidade, acesso à informação, lazer, ambiente físico e transporte, mobilidade, dependência e capacidade para o trabalho. Com isso, nota-se o quanto o ambiente e a independência podem afetar na QV das PVHIV.

As forças e limitações do estudo foram cruciais para os resultados apresentados. As maiores forças foram número representativo de pacientes entrevistados em relação a população de PVHIV do Ambulatório de Imunologia e Aids do HUGG-UNIRIO/EBSERH, a confiabilidade e credibilidade do questionário avaliado pelo alfa de cronbach > 0,75 e a capacidade de identificar variáveis relacionadas a alta e baixa QV já relatas pela literatura. Já as limitações encontradas foram que a amostra estudada não pode ser representativa da população geral do município ou estado, não podendo generalizar os resultados.

Apesar de todas as dificuldades enfrentadas pelas PVHIV, os mesmos, totalizando 61,5% (99), apresentaram alta QV. Ainda assim, é importante ressaltar que uma parcela significativa dos pacientes 38,5% possuem algum impacto na QV, voltando uma atenção para os motivos analisados no estudo que possam impactar tal população.

Apesar do estigma da doença, PVHIV tendem a ter uma boa aceitação a condição e procuram ajuda médica e medicamentos para amenizar os danos causados, levando a crer que os pacientes atendidos no Ambulatório de Imunologia e Aids do HUGG-UNIRIO/EBSERH buscam a melhora na QV mesmo com as dificuldades enfrentadas.

Com base nas análises deste estudo, recomenda-se que os pacientes que tiveram baixa QV, problemas psicológicos ou psiquiátricos e pacientes de baixa renda sejam encaminhados para os serviços de Psicologia e Serviço Social do HUGG.

8. CONCLUSÃO

O estudo revelou através da aplicação do questionário WHOQOL-HIV Bref uma alta QV em 61,5% das PVHIV adultas atendidas no Ambulatório de Imunologia e aids do HUGG.

O nível sociodemográfico, estilo de vida, sintomas e diagnósticos de saúde e características clínicas permitiram identificar que as PVHIV atendidas em um hospital universitário no Rio de Janeiro apresentam semelhança na distribuição entre os sexos, são trabalhadores remunerados em

sua maioria, com nível médio de escolaridade, não fumantes e não etilistas. De modo geral se consideraram com boa saúde, porém alguns participantes apresentaram sintomas de depressão/ansiedade e presença de comorbidades, estando estes sintomas associados a baixa QV.

Em relação aos dados clínicos dos pacientes analisados, a CV detectável teve um impacto significativo na QV e o TARV apresentou QV satisfatória e insatisfatória dependendo da medicação utilizada. Pacientes em uso de INI apresentaram uma QV satisfatória e pacientes em uso de IP apresentaram QV inferior.

Importante ressaltar que mais estudos como este podem ser feitos com amostras maiores que represente o estado do Rio de Janeiro de forma periódica para identificar o impacto da QV nas PVHIV pelo tempo e localidade.

Por fim, conclui-se que o trabalho contribuiu para o entendimento da QV das PVHIV atendidas no Ambulatório de Imunologia e Aids do HUGG-UNIRIO/EBSERH.

9. REFERÊNCIAS:

1. ANDRADE, A. K. V.; MARTINS, F. A. E. C.; VERISSIMO, M. L. A.; SILVA, R. M. S. Responsabilidade Civil Frente à Transmissão do HIV Entre Parceiros. Humanas em Perspectiva, v. 12, n. 1, p. 12-136, 2021.
2. AZEVEDO, Viviane. A prática profissional do Serviço Social no tratamento para HIV/AIDS no Brasil. Intervenção Social, n. 46, p. 41-56, 2015. Disponível em: <https://revistas.rcaap.pt/intervencaosocial/article/view/6979>. Acesso em: 20 ago. 2022.
3. BAKIONO, F. et al. Qualidade de vida em pessoas que vivem com VIH no Burkina Faso: um acompanhamento durante 12 meses. BMC Saúde Pública, v. 15, n. 1119, 2015. Disponível em: <https://doi.org/10.1186/s12889-015-2444-4>.
4. BING, E. G. et al. Health-related quality of life among people with HIV disease: results from the Multicenter AIDS Cohort Study. Quality of Life Research, v. 9, n. 1, p. 55-63, 2000. doi: 10.1023/a:1008919227665. PMID: 10981206.
5. BONFERRONI, C. E. Il calcolo delle assicurazioni su gruppi di teste. In: Studi in Onore del Professore Salvatore Ortu Carboni. Rome: [s.n.], 1935. p. 13-60.
6. BONFERRONI, C. E. Teoria statistica delle classi e calcolo delle probabilità. Pubblicazioni del R Istituto Superiore di Scienze Economiche e Commerciali di Firenze. Rome: [s.n.], v. 8, p. 3-62, 1936.
7. BRASIL. Ministério da Saúde. Cuidado integral: manual para a equipe multiprofissional pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica. Brasília: MS, 2017. 56 p.
8. BRASIL. Ministério da Saúde. Guia de Vigilância em Saúde. Brasília: MS, 2019. 740 p.
9. BRASIL. Ministério da Saúde. Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2022. Brasília: MS, 2023. 156 p.
10. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2023. Brasília: Ministério da Saúde, 2023.
11. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.
12. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para profilaxia pós-exposição (PEP) de risco à infecção pelo HIV, IST e hepatites virais. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

13. BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids. Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
14. BRITO, Ana Maria de; CASTILHO, Euclides Ayres de; SZWARCWALD, Célia Landman. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical [online], v. 34, n. 2, p. 207-217, 2001 [Acessado em: 30 set. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.1590/S0037-86822001000200010>. Epub 31 maio 2001. ISSN 1678-9849.
15. BURGESS, A. P. et al. The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. Qual Life Res, v. 9, n. 4, p. 423-437, 2000. doi: 10.1023/a:1008918719749. PMID: 11131935.
16. BURGESS, A. P. et al. The role of personality, coping style and social support in health-related quality of life in HIV infection. Quality of Life Research, v. 9, n. 4, p. 423-437, 2000. doi: 10.1023/a:1008918719749. PMID: 11131935.
17. CAHN, P. et al. Dolutegravir-lamivudine as initial therapy in HIV-1 infected, ARV-naive patients, 48-week results of the PADDLE (Pilot Antiretroviral Design with Dolutegravir Lamivudine) study. J Int AIDS Soc, v. 20, n. 1, 2017.
18. CALVETTI, Sam et al. A trans youth of color study to measure health and wellness: protocol for a longitudinal observation study. JMIR Research Protocols, v. 11, n. 11, p. e39207, 2022.
19. COOK, J. A. et al. Prevalence, comorbidity, and correlates of psychiatric and substance use disorders and association with HIV risk behaviors in multisite cohort of women living with HIV. AIDS and Behavior, v. 22, p. 3141-3454, 2018.
20. COSTA, M. A. R. et al. Qualidade de vida sob a ótica de portadores de HIV/AIDS: perspectivas futuras nas práticas educativas. Journal of Research Fundamental Care, v. 11, n. 5, p. 1326-1332, 2019.
21. CRONBACH, L. J. Coefficient alpha and the internal structure of test. Psychometrika, v. 16, n. 3, p. 297-334, 1951.
22. CRUZ, M. L. et al. Viral suppression and adherence among HIV-infected children and adolescents on antiretroviral therapy: results of a multicenter study. Jornal de Pediatria, v. 90, p. 563-573, 2014.
23. DANTAS, Mariana de Sousa et al. HIV/AIDS: significados atribuídos por homens trabalhadores da saúde. Escola Anna Nery [online], v. 19, n. 2, p. 323-330, 2015 [Acessado em: 30 set. 2021]. Disponível em: <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20150044>. ISSN 2177-9465.

24. DEGROOTE, Sophie; VOGELAERS, Dirk; VANDIJCK, Dominique M. O que determina a qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas vivendo com HIV: uma revisão atualizada da literatura. Arquivos de Saúde Pública, v. 72, n. 1, p. 1-10, 2014.
25. DUARTE FILHO, E. C. Prevalência de lesões bucais fortemente associadas ao HIV em pacientes atendidos no ambulatório de imunologia de centro de referência brasileiro em infecção HIV/Aids. 2018. Dissertação (Mestrado) - Universidade do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, 2018.
26. FAN, K. et al. Stress-induced metabolic disorder in peripheral TCD4-POSITIVO T cells leads to anxiety-like behavior. Cell, v. 179, n. 4, p. 864-879.e19, 2019.
27. FERRARI, Guido et al. Imunidade antiviral humoral e inata como ferramentas para eliminar a infecção persistente pelo HIV. O Jornal de doenças infecciosas, v. 215, n. suppl_3, p. S152-S159, 2017.
28. FERREIRA, Brunno Elias; OLIVEIRA, Isabele Mendes; PANIAGO, Anamaria Mello Miranda. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. Revista Brasileira de Epidemiologia, v. 15, p. 75-84, 2012.
29. FERREIRA, D. C. et al. A Experiência do Adoecer: uma Discussão sobre saúde doenças e valores. Revista Brasileira de Educação Médica, p. 283-288, 2014.
30. FLECK, M. P. D. A. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. Ciência e Saúde Coletiva, Rio de Janeiro, v. 5, 2000.
31. GERALDELLI, D.; CASTOLDI, L. A Resposta Imunológica à Infecção pelo Vírus HIV: Principais Alterações Imunopatológicas. Scientific Electronic Archives, v. 8, n. 1, 2015.
32. GOMES, Marcus Vinicius Alves Carneiro et al. A invisibilidade do homem idoso como destinatário de políticas públicas de saúde/prevenção frente ao aumento de infecções por HIV/AIDS no Brasil. 2023.
33. GONÇALES, L. F. R. et al. Caracterização epidemiológica e clínica do HIV/Aids: associações com a mortalidade. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 1, e5293-e5293, 2021.
34. GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. Ciência & Saúde Coletiva [online], v. 21, n. 5, p. 1553-1564, 2016.
35. HIPOLITO, R. L.; OLIVEIRA, D. C.; COSTA, T. L.; MARQUES, S. C.; PEREIRA, E. R.; GOMES, A. M. T. Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. Revista Latino-Americana de Enfermagem, v. 25, e2874, 2017.

36. JARDIM, E. A doença e o tempo: Aids, uma história de todos nós. Rio de Janeiro: Bazar do Tempo Produções e Empreendimentos Culturais LTDA, 2019. p. 65-67.
37. KAPLAN, R. M. Quality of life, resource allocation, and the U.S. healthcare crisis. In: DIMSDALE, J. E.; BAUM, A. (Ed.). Quality of life in behavioral medicine research. New Jersey: Lawrence Erlbaum Associates, 1995. p. 3-30.
38. LACERDA, J. S. et al. Evolução medicamentosa do HIV no Brasil desde o AZT até o coquetel disponibilizado pelo Sistema Único de Saúde. Revista Brasileira Interdisciplinar de Saúde, v. 1, p. 83-91, 2019.
39. LERNER, A. M.; EISINGER, R. W.; FAUCI, A. S. Comorbidities in persons with HIV: the lingering challenge. JAMA, v. 323, n. 1, p. 19-20, 2020.
40. LIMA, C. P. M.; FRANÇA, G. F.; SOUZA, A. A. S.; ZIMMERMANN, A. C.; BAY, B. M. Avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV internadas em hospital de referência. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 26, n. 1, p. 1-13, 2022.
41. LIMA, T. D. A.; CECCON, R. F.; DARCIE, C. S. Expectativas de pacientes HIV positivo sobre a adesão ao tratamento antirretroviral. In: ANAIS ELETRÔNICOS DO X ENCONTRO NACIONAL DE PESQUISA NA GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS SOCIAIS, 2016, São Paulo. p. 1-13.
42. LIPP, M.; GUEVARA, A. J. H. Validação empírica do Inventário de Sintomas de Stress (ISS). Estudos de Psicologia (Campinas), v. 11, n. 3, p. 43-49, 1994.
43. MAARTENS, G.; CELUM, C.; LEWIN, S. R. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. Lancet, v. 384, n. 9939, p. 258-71, 2014. doi: 10.1016/S0140-6736(14)60164-1. Epub 2014 Jun 5. Erratum in: Lancet, v. 384, n. 9948, p. 1098, 2014. PMID: 24907868.
44. MACÊDO, M. R. C. Aids em movimento: jovens ativistas na luta contra a Aids no Brasil em tempos de biomedicalização. 2021. Tese (Doutorado) - Escola Nacional de Saúde Pública Sergio Arouca, Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2021.
45. MAKSUD, Ivia et al. Cuidado, HIV/Aids e atenção primária no Brasil: desafio para a atenção no Sistema Único de Saúde? Revista Panamericana de Salud Pública, v. 42, e151, 2018.
46. Miye de Souza Kihara F, Pinto Ferreira G, da Silva KC, dos Santos Silva Daleprani L, Gomes T, Sales CMM, et al. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV em um grupo de apoio no município de Vitória, no Espírito Santo. RBPS [Internet]. 14º de setembro de 2023 [citado 10º de agosto de 2024];25(1):30-41.

47. MONTAGNIER, L. 25 years after HIV discovery: prospects for cure and vaccine (Nobel lecture). Angew Chem Int Ed Engl, v. 48, n. 32, p. 5815-26, 2009. doi: 10.1002/anie.200902130. PMID: 19618403.
48. MORRIS, J.; PEREZ, D.; MCNOE, B. The use of quality of life data in clinical practice. Quality of Life Research, v. 7, p. 85-91, 1998.
49. Murri, R., Fantoni, M., Del Borgo, C., Visona, R., Barracco, A., Zambelli, A., … Wu, A. W. (2003). Determinants of health-related quality of life in HIV-infected patients. *AIDS Care*, *15*(4), 581–590.
50. NASCIMENTO, F. A. S. et al. Associações entre adesão ao tratamento e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS. Psico-USF, v. 23, n. 2, p. 271-282, 2018.
51. OLIVEIRA, F. B. et al. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Rev Bras Enferm, v. 70, n. 3, p. 1-11, 2017.
52. OLIVEIRA, L. B. Fatores sociodemográficos, clínicos, comportamentais e afetivos sexuais associados com parceria sexual sorodiscordante de pessoas vivendo com HIV/Aids. Ribeirão Preto – São Paulo [Dissertação]. São Paulo: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2018.
53. PINTO ACS, PINHEIRO PNC, VIEIRA NFC & ALVES MDS. Compreensão da pandemia da Aids nos últimos 25 anos. DST – J bras Doenças Sex Transm 2007; 19(1): 45-50 – ISSN: 0103-4065.
54. PONTES-PEREIRA, Priscila Silva et al. Prevalence of chronic non-communicable diseases in people living with HIV. Acta Paulista de Enfermagem, v. 36, p. eAPE01132, 2023.
55. RACHID, Marcia; SCHECHTER, Mauro. Manual de HIV/Aids. Rio de Janeiro: Thieme Revinter Publicações LTDA, 2017.
56. REBOLÇAS, M. et al. Mortalidade precoce em pessoas vivendo com HIV/AIDS admitidos no centro de referência em Salvador, Brasil em 2017. The Brazilian Journal of Infectious Diseases, v. 26, n. 1, 2022.
57. REIS RK; SANTOS CB DOS; DANTAS RAS e GIR E. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Texto Contexto Enferm, Florianópolis, Jul-Set; 20(3): 565-75. 2011.
58. RIBEIRO, Nayana Freitas Vieira et al. Resistência Medicamentosa no Tratamento do HIV: Uma Revisão Sistemática/Drug resistance in the treatment of HIV: A Systematic Review. ID on line. Revista de psicologia, v. 16, n. 60, p. 1074-1093, 2022.
59. SANTOS, E. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids em São Paulo. Revista de Saúde Pública, v. 41, n. S2, p. 64-71, 2007.

60. SANTOS, Vanei Pimentel. Pentáculo do bem-estar como instrumento sustentável para avaliação da qualidade de vida de idosos muito velhos. In: Congresso Internacional de Enfermagem. 2019.
61. SEAY, Kieran et al. A ativação in vivo de células NK humanas por tratamento com um super agonista de interleucina-15 inibe de forma potente a infecção aguda in vivo por HIV-1 em camundongos humanizados. Journal of virology, v. 89, n. 12, p. 6264-6274, 2015.
62. SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE DO RIO DE JANEIRO. Boletim Epidemiológico do HIV/AIDS. Rio de Janeiro: Secretaria Municipal de Saúde, 2023.
63. SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. D. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. Caderno de Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p. 580-588, 2004.
64. SEPKOWITZ, K. A. AIDS - The first 20 years. N Engl J Med, v. 344, n. 23, p. 1764-72, 2001.
65. SERRA, M. et al. Sociodemographic and behavioral factors associated with HIV vulnerability according to sexual orientation. AIDS Research and Treatment, v. 2020, p. 1-7, 2020.
66. SOARES, N. M.; SILVA, C. C.; GUIMARÃES, R. B.; CORRÊA, J. M. E. Fatores que influenciam a qualidade de vida de portadores do vírus HIV: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 6, p. 5208-5216, 2019.
67. SOARES, N. M.; SILVA, C. C.; GUIMARÃES, R. B.; CORRÊA, J. M. E. Fatores que influenciam a qualidade de vida de portadores do vírus HIV: uma revisão de literatura. Brazilian Journal of Health Review, v. 2, n. 6, p. 5208-5216, 2019.
68. SOSNOWSKI, R. et al. Basic issues concerning health-related quality of life. Cent European J Urol, v. 70, n. 2, p. 206-11, 2017. http://dx.doi.org/10.5173/ceju.2017.923.
69. SOUSA, K. M.; CERQUEIRA, M. B. R. Entre prazeres e dores: um retrato da epidemia de HIV/AIDS em mulheres de 30 a 59 anos de idade. Revista Eletrônica Acervo Saúde, v. 13, n. 2, p. 1-16, 2021.
70. SOUSA, R. F. V. Infecções Sexualmente Transmissíveis: percepção de adolescentes e jovens em uma instituição de ensino público de referência no Estado do Piauí. 2017. Dissertação (Mestrado) - Fundação Oswaldo Cruz, Rio de Janeiro, 2017.
71. SOUZA JÚNIOR, Paulo Roberto Borges de. Percepção da qualidade de vida e do desempenho do sistema de saúde entre pacientes em terapia antirretroviral no Brasil. 139 f. Tese (Doutorado em Saúde Pública). Fundação Oswaldo Cruz Rio de Janeiro, 2006.
72. Trépanier, L. L., Rourke, S. B., Bayoumi, A. M., Halman, M. H., Krzyzanowski, S., & Power, C. (2005). The Impact of Neuropsychological Impairment and Depression on Health-Related Quality of Life in HIV-Infection. *Journal of Clinical and Experimental Neuropsychology*, *27*(1), 1–15.

73. VENTURINI, G. et al. Quality of life in an Italian cohort of people living with HIV in the era of combined antiretroviral therapy. AIDS Care, v. 29, n. 11, p. 1373-1377, 2017.
74. VILLELA, W. V.; BARBOSA, R. M. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/Aids no Brasil: avanços e permanências da resposta à epidemia. Ciência & Saúde Coletiva, v. 22, n. 1, p. 87-96, 2017.
75. WHOQOL-HIV Group. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. Social Science & Medicine, v. 57, p. 1259-1275, 2003.
76. WIG, N. et al. The impact of HIV/AIDS on the quality of life: a cross sectional study in North India. Indian Journal of Medical Sciences, v. 60, n. 1, p. 3-12, 2006.
77. World Health Organization. (2002). WHOQOL-HIV instrument: scoring and coding for the WHOQOL-HIV instruments: user's manual, 2012 revision. World Health Organization.
78. ZIMPEL, R. R.; FLECK, M. P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the World Health Organization Quality of Life-HIV, Brazilian version. AIDS Care, v. 19, n. 7, p. 923-930, 2007.

10. ANEXOS

10.1. TERMO DE ACEITE COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIRIO - HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFREE E GUINLE / HUGG- UNIRIO

Plataforma Brasil

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: CARGA VIRAL, LINFÓCITOS, ESTRESSE E QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV, DE DISTINTOS NÍVEIS DE ATIVIDADE FÍSICA HABITUAL, ATENDIDAS EM UM HOSPITAL UNIVERSITÁRIO

Pesquisador: Luiz Claudio Pereira Ribeiro

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 54523521.2.0000.5258

Instituição Proponente: Hospital Universitário Gaffree e Guinle/HUGG/UNIRIO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.261.483

Apresentação do Projeto:

A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) foi inicialmente identificada em 1981, quando virou um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) representa um fenômeno global que pode ocorrer de diferentes
formas nas regiões do mundo, a depender, dentre outros determinantes, do comportamento individual e coletivo. Embora, atualmente, não haja cura
para a AIDS, existem tratamentos capazes de retardar seu progresso, alinhados à um estilo de vida saudável que inclui a prática de exercícios
físicos, capazes de promover mudanças morfológicas, metabólicas e funcionais que estão diretamente ligadas à diminuição dos sintomas e
minimização das intercorrências causadas pela doença, possibilitando uma melhoria na saúde e na expectativa de vida.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo: Avaliar a carga viral, o estresse, os linfócitos TCD4+,TCD8+ e a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV submetidas a TARV, com distintos níveis deatividade física habitual, atendidas em um hospital universitário.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Endereço: Rua Mariz e Barros nº 775
Bairro: Tijuca **CEP:** 22.270-004
UF: RJ **Município:** RIO DE JANEIRO
Telefone: (21)2264-5317 **Fax:** (21)2264-5177 **E-mail:** cephugg@gmail.com

10.2. TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título da Pesquisa: Carga Viral, Linfócitos, Estresse e Qualidade de Vida de Pessoas Vivendo com HIV de Distintos Níveis de Atividade Física Habitual, Atendidas em Um Hospital Universitário

Nome do Pesquisador Principal: Prof. Dr. Luiz Claudio Pereira Ribeiro

Nome do Orientador: Dr. Estélio Henrique Martin Dantas, MD, MSc, PhD.

1. Natureza da pesquisa: O(A) senhor(a) está sendo convidado(a) para participar neste estudo que tem como objetivo avaliar o nível de atividade física habitual, carga viral, contagem de linfócitos TCD4+, nível de estresse e qualidade de vida entre pessoas vivendo com HIV, atendidos no ambulatório de imunologia do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle, através da realização de entrevista e análise de prontuário médico.

2. Participantes da pesquisa: Participarão do estudo pacientes vivendo com HIV atendidos no ambulatório de Imunologia do HUGG com o objetivo de avaliar o nível de atividade física habitual, carga viral, contagem de linfócitos TCD4+, em acompanhamento clínico ambulatorial.

3. Envolvimento na pesquisa: Ao participar deste estudo o sr. (sra.) permitirá que os pesquisadores realizem uma entrevista contendo questões sobre seu estilo de vida e tenham acesso a informações sobre sua saúde, dados pessoais e demográficos através de seu prontuário médico.
Ressaltamos que o sr. (a) tem a liberdade de se recusar a participar e ainda se recusar a continuar participando em qualquer fase da pesquisa, sem qualquer prejuízo para a sr. (sra.) sendo garantido a continuidade do seu tratamento nesta instituição.
Sempre que quiser poderá pedir mais informações sobre a pesquisa através do telefone (21) 2264-2361do pesquisador principal do projeto Prof. Dr. Luiz Claudio Pereira Ribeiro e, se necessário, através do endereço do Comitê de Ética em Pesquisa do HUGG na Rua Mariz e Barros, 775, 4º andar fundos (acesso pelo elevador ao lado da ortopedia) – Maracanã - Rio de Janeiro/ RJ. Tel.(21) 22645177, e-mail: cephugg@gmail.com.

Riscos e desconfortos: A participação nesta pesquisa não traz nenhum problema grave à sua saúde. Os riscos associados são mínimos podendo causar incômodo em algumas perguntas, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Caso você venha a se sentir triste, angustiado ou qualquer outro sentimento com as perguntas do procedimento de pesquisa, será atendido e acompanhado por profissional de saúde mental da equipe. A quebra de sigilo é um risco que pode ocorrer, porém os pesquisadores se comprometem a minimizar este risco.

Os procedimentos adotados nesta pesquisa obedecem aos Critérios da Ética em Pesquisa com Seres Humanos conforme Resolução CNS número 466 de 2012. Nenhum dos procedimentos usados oferece riscos à sua dignidade.

4. Confidencialidade: Todas as informações coletadas neste estudo são estritamente confidenciais. Somente o (a) pesquisador(a) e o(a) orientador(a) terão conhecimento dos dados.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO – UNIRIO
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG
GERÊNCIA DE ENSINO E PESQUISA E COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

5. Benefícios: Ao participar desta pesquisa a sra. (sr.) não terá nenhum benefício direto. Entretanto, esperamos que este estudo traga informações importantes sobre a sua saúde, quanto ao nível habitual de atividade física, carga viral, contagem de linfócitos TCD4+, nível de estresse e qualidade de vida, além de contribuir com mais informações relevantes sobre você para própria instituição a qual você é acompanhado. O pesquisador se compromete a divulgar os resultados obtidos em revistas na área das ciências da saúde e congressos nacionais ou internacionais.

6. Pagamento: O(A) senhor(a) não terá nenhum tipo de despesa para participar desta pesquisa, bem como nada será pago por sua participação.

Após estes esclarecimentos, solicitamos o seu consentimento de forma livre para participar desta pesquisa. Portanto preencha, por favor, os itens que se seguem. Não assine esse termo se ainda tiver dúvida a respeito.

Consentimento Livre e Esclarecido

Eu, _____, matrícula/HUGG:_____, CNS:_____, tendo em vista os termos acima apresentados, de forma livre e esclarecida, manifesto meu consentimento em participar da pesquisa: "Carga Viral, Linfócitos, Estresse e Qualidade de Vida de Pessoas Vivendo com HIV de Distintos Níveis de Atividade Física Habitual, Atendidas em Um Hospital Universitário".

Declaro que recebi cópia deste TERMO DE CONSENTIMENTO e que concordo e autorizo a minha participação na pesquisa e a divulgação dos dados obtidos neste estudo.

Rio de janeiro,_____de_____de 202_.

_____
Assinatura do Participante da Pesquisa

_____
Assinatura do Pesquisador

10.3. QUESTIONÁRIO DE ANAMNESE

UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO

HOSPITALUNIVERSITÁRIO GAFFRÉE E GUINLE – HUGG

IDENTIFICACÃO:

Identificação do paciente:_____

Sexo: ( ) Feminino ( ) Masculino; **Data Nascimento:**_____/_____/_____**Idade:**_____anos

Estado Civil: _____**Médico Assistente:**_____

Raça/Cor auto declarada: ( )branco ( )preto ( )amarelo ( )pardo ( )indigena

Grávida? ( )SIM ( )NÃO **Lactante?** ( )SIM ( )NÃO

Escolaridade:

Fundamental I: 1ª a 4ª série ( ) Fundamental II: 5ª a 8ª série ( ) Médio: Completo ( ) Incompleto ( )

Superior: Completo ( ) Incompleto ( ) Pós Graduação: Completo ( ) Incompleto ( )

Trabalho Remunerado: ( ) Sim ( ) Não; **Aposentado:** Sim ( ) Não ( )

Renda (sal. min.) ( ) Sem renda ( ) Até 1 sal. ( ) >1 a 3 sal. ( ) >3 a 5 sal. ( ) >5 sal.

CONDICÕES DE SAÚDE / FATORES DE RISCO.

1. **Em geral, você diria que sua saúde é:**

   ( ) Excelente ( ) Muito Boa ( ) Boa ( ) Ruim ( ) Muito Ruim

2. **Faz uso regular de Terapia Antirretroviral?** ( ) Sim ( ) Não

   2.1 Se sim, qual?

   ( ) Tenofovir + Lamivudina + Dolutegravir ( ) Zidovudina + Lamivudina ( ) Darunavir
   ( ) Tenofovir + Lmivudina + Efavirenz ( ) Efavirenz ( )Ritonavir
   ( ) Tenofovir + Lamivudina ( ) Atazanavir ( ) Dolutegravir
   ( ) Outros:

3. **Carga viral:**_____**Data:** ___/___/___ **TCD4:**_____ **Data:** ___/___/___

4. **Algum Médico já afirmou que você possui alguma dessas doenças?**

   ( )Hipertensão ( )Osteoporose ( )Artrite/Artrose ( )Diabetes ( )AVC ( )Lombalgia

   ( )Colesterol Alto ( )Asma/Bronquite ( )Coronariopatia ( )Câncer ( )Depressão

   ( )**Outros**_____

5. **Atualmente está tomando algum medicamento?**

   ( )Sim ( )Não

   5.1 Se Sim, para que?_____

   5.2 Nome do medicamento_____

6. **Alguém na sua família já teve ataque cardíaco (pais ou irmãos)?**

   ( ) Sim ( ) Não

7. **Apresenta histórico familiar de alguma doença? Qual (is)?**

   ( ) Sim ( ) Não

   7.1 Quais: _____

8. **Você tem ou teve crise convulsiva, convulsão febril na infância ou epilepsia?**

   ( )Sim ( ) Não Está em tratamento: ( )Sim ( )Não

9. **Você costuma ter crises de depressão e/ou ansiedade?**

   ( )Sim ( ) Não Está em tratamento: ( ) Sim ( )Não

10. **Você faz ou já fez algum tratamento psicológico ou psiquiátrico?** ( ) Sim ( ) Não

    8.1 Há histórico familiar? ( )Sim ( )Não

    8.2 Está em tratamento: ( )Sim ( )Não OBS:_____

11. **Você costuma ingerir bebidas alcoólicas com que frequência?**

    ( )Nunca ( ) Todos os dias ( )Finais de Semana ( )Raramente

12. **Você costuma usar drogas ilícitas com que frequência?**

    ( )Nunca ( )Todos os dias ( )Finais de Semana ( )Raramente

13. **Você costuma fumar com que frequência?**

    ( )Nunca ( )Todos os dias ( )Finais de Semana ( )Raramente

14. **Você tem ou teve algum outro problema de saúde sério que não foi citado?**

    ( )Sim ( ) Não **11.1** Qual?_____

15. **Algum Medicamento de uso contínuo além do TARV?**

    _____

16. **Faz uso de alguma medicação, mesmo que não prescrita por médico, para dormir ou se acalmar?**

    _____

17. **Pratica atividade física? Sim ( ) não ( )**

    17.1. Se não, por qual motivo?

    _____

18. **Se houvesse algum programa de atividade física ofertado pelo Centro de Tratamento você participaria? Sim ( ) não ( )**

10.4. WHOQOL-HIV BREF

QUALIDADE DE VIDA (WHOOQUOL BREF HIV)

Como está a sua **saúde**? Muito ruim / Ruim / Nem ruim, nem boa / Boa / Muito boa

Você se considera doente atualmente? Sim / Não

Se você acha que algo não está bem consigo próprio, o que você acha que é?_____

Por favor, responda às perguntas abaixo se elas se aplicam a você:

Qual é o seu **estágio de HIV**? Assintomático / Sintomático / AIDS

Em que ano você fez o primeiro **teste HIV positivo**?_____

Em que ano você acha que foi infectado? _____

Como você acha que foi **infetado pelo HIV**? (circule apenas um):

Sexo com homem / Sexo com mulher / Injetando drogas / Derivados de sangue / Outro (especifique)_____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, circule o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Circule o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F50.1)	O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?	1	2	3	4	5
5 (F11.3)	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
6 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
7(F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8 (F52.2)	Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5
9 (F53.4)	O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5
10 (F54.1)	O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
12 (F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
13 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
14 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
15 (F7.1)	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
17 (F51.1)	Em que medida você se sente aceito pelas	1	2	3	4	5

	pessoas que você conhece?					
18 (F20.1)	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

19 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
20 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
21 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
22 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
24 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
25 (F13.3)	Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
26 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
28 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
29 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que freqüência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	freqüentemente	muito freqüentemente	sempre
31 (F8.1)	Com que freqüência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

Você tem algum comentário sobre o questionário? _____

_____

OBRIGADO PELA SUA COLABORAÇÃO

10.5. ARTIGOS PUBLICADOS



ARTIGO ORIGINAL

https://doi.org/10.6063/motricidade.31518

Carga viral, linfócitos Cd4+ e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV em uso de terapia antirretroviral

Viral load, Cd4+ lymphocytes and quality of life of people living with HIV using antiretroviral therapy

Cristiane Kelly Aquino dos Santos[1,2*], Maria Eduarda Tavares Brito[1], Mariana M. Rodrigues[3,4], Luiz C. P. Ribeiro[3,4], Marcos Antonio Almeida Santos[1], Fabrizio Di Masi[5], Gilene de Jesus Pereira[2], Estélio Henrique Martin Dantas[1,3]

https://revistas.rcaap.pt/motricidade/article/view/31518



PERFIL SOCIODEMOGRÁFICO, CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS, ESTILO DE VIDA E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES VIVENDO COM HIV

Ciências da Saúde, Volume 28 – Edição 135/JUN 2024 / 14/06/2024

SOCIODEMOGRAPHIC PROFILE, CLINICAL CHARACTERISTICS, LIFESTYLE AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN LIVING WITH HIV

REGISTRO DOI: 10.5281/zenodo.11662094

Cristiane Kelly Aquino dos Santos[1,5]; Moisés Silva de Amorim[2]; Rafaela Baptista de Almeida Bastos[2]; Wanderson Lopes da Paixão[6]; Mariana Munhoz Rodrigues[3]; Luiz Cláudio Pereira Ribeiro[3]; Júlio César Camargo Alves[4,7]; Ingrid Schweter Ganda[8]; Mikaele peixoto de Santana[2]; Estélio Henrique Martin Dantas[1,2,3]

https://revistaft.com.br/perfil-sociodemografico-caracteristicas-clinicas-estilo-de-vida-e-qualidade-de-vida-de-mulheres-vivendo-com-hiv/