

FATORES ASSOCIADOS À QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS COM HIV/AIDS

FACTORS ASSOCIATED WITH THE QUALITY OF LIFE OF PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS

Artur Paiva dos Santos¹; Andréa Stopiglia Guedes Braide²; Paulo Goberlânio de Barros Silva³; Igor Cordeiro Mendes⁴; Márcia Cardinalle Correa Viana⁵; José Manuel Peixoto Caldas⁶

RESUMO

Propôs-se analisar fatores associados à qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids. Foi conduzido um estudo transversal quantitativo em 2017. Participaram 128 pessoas em ambulatório hospitalar. Coletou-se os dados sobre perfil sociodemográfico, terapia antirretroviral e qualidade de vida. Utilizou-se estatística descritiva, Qui-quadrado e Modelo de Regressão Logística Multinomial. Houve predomínio de homens (59,4%), idade até 40 anos (50%), uso de terapia antirretroviral até 120 meses (52,3%), solteiros(as) (47,7%), baixa escolaridade (27,3%), trabalho ativo (28,1%) e renda entre um e dois salários mínimos (54,7%). Idade até 40 anos associou-se à qualidade de vida superior no domínio independência. Elevado nível de escolaridade associou-se à elevados escores no domínio ambiente e geral. Independente dos demais fatores, o tempo de terapia até 120 meses associou-se à qualidade de vida superior no domínio psicológico e ambiente. Conclui-se que fatores individuais estão associados a elevados escores de qualidade de vida em pessoas com HIV/aids.

PALAVRAS-CHAVE: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Infecções por HIV; Qualidade de Vida.

ABSTRACT

Factors related to the quality of life of people living with HIV / AIDS are proposed. A quantitative cross-sectional study was conducted in 2017. Participated 128 people in an outpatient hospital. Data about the sociodemographic profile, antiretroviral therapy and quality of life were collected. Descriptive statistics, chi-square, and a multinomial logistic regression model were applied. There was a predominance of men (59.4%), age up to 40 years (50%), use of antiretroviral therapy up to 120 months (52.3%), single people (47.7%), low level of schooling (27.3%), active work (28.1%), and income level between one and two minimum wage (54.7%). Age of up to 40 years was associated with superior quality of life in the independence domain. High level of education was associated with high scores in the environment and general domain. Independent of the other factors, the therapy time of up to 120 months was associated with superior quality of life in the psychological and environment domains. It is concluded that individual factors are associated with high quality of life scores in people with HIV / AIDS.

KEYWORDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV infections; Quality of life.

¹ Fisioterapeuta. Mestrando em Saúde Pública pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

² Fisioterapeuta. Doutora em Saúde Coletiva pela Associação Ampla (UFC/UECE/UNIFOR).

³ Odontólogo. Doutor em Odontologia pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁴ Enfermeiro. Doutorando em Enfermagem pela Universidade Federal do Ceará (UFC).

⁵ Fisioterapeuta. Mestre em Saúde Pública pela Universidade Estadual do Ceará (UECE).

⁶ Médico. Postdoc em Antropologia e Doutor em Sociologia pela Universidade de Barcelona.

INTRODUÇÃO

A síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) é uma manifestação clínica avançada da doença causada por infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV). Caracteriza-se por um transtorno da imunidade celular, resultando em maior suscetibilidade às infecções oportunistas e desenvolvimento de neoplasias¹.

Segundo o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS)², no mundo, cerca de 36,9 milhões de pessoas viviam com HIV em 2017. No Brasil, de 2007 até junho de 2017, já foram notificados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação (Sinan) 194.217 casos de infecção pelo HIV³. No Ceará, foram notificados 20.226 casos de aids e 9.162 casos de HIV entre os anos de 1983 (ano de diagnóstico do primeiro caso de aids do Ceará) a novembro de 2018⁴.

Em razão da magnitude epidemiológica do HIV, o governo brasileiro, no âmbito da saúde pública, garante uma política de distribuição de medicamentos antirretrovirais desde 1996 por meio do Sistema Único de Saúde (SUS). Tal estratégia foi instituída com base na Lei nº 9.313/96, tornando o Brasil o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso à terapia antirretroviral (TARV)^{5,6}. Foi a garantia do acesso à TARV e outras iniciativas internacionais que possibilitaram maior sobrevida e qualidade de vida (QV) às pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA), com consequente caracterização da aids como uma condição crônica de saúde. Mas o uso dessa medicação também trouxe efeitos colaterais importantes, como a manifestação de condições incapacitantes que impactam na funcionalidade e na qualidade de vida, tornando-se um problema na adesão à terapia^{6,7}.

Com a evolução na eficácia da TARV, a infecção pelo HIV tornou-se condição crônica manejável, em que pessoas diagnosticadas oportunamente e com tratamento adequado podem prolongar a expectativa de vida consideravelmente, como visto anteriormente⁸. No entanto, o aumento dos anos de vida, de PVHA, trouxe aspectos indesejáveis, relacionados aos efeitos colaterais da TARV e às questões do estigma e preconceito, que não podem ser negligenciados, pois afetam negativamente a qualidade de vida desta população⁹.

Nesse contexto, mensurar a QV de PVHA torna-se essencial, uma vez que a descoberta do diagnóstico de uma doença transmissível, incurável, estigmatizante e com consequências biopsicossociais repercute negativamente na vida dos sujeitos¹⁰.

Mediante o exposto, muito já se conhece a respeito dos fatores associados à QV de PVHA, porém poucos destinam-se a investigar se fatores sociodemográficos podem prever uma QV com bons escores nesta população. A identificação de fatores individuais, numa perspectiva da relação entre determinantes sociais e a condição de saúde, pode contribuir para a identificação dos aspectos que apresentam maior relevância para a promoção e manutenção de altos escores de QV em estratégias de cuidado centrado na pessoa e no princípio da integralidade.

No intuito de conhecer fatores associados à QV de PVHA, o presente estudo objetiva analisar os fatores associados à QV nos domínios físico, psicológico, ambiente, independência, relações sociais e espiritualidade de PVHA sob acompanhamento ambulatorial hospitalar.

MÉTODOS

Trata-se de um estudo observacional, transversal e analítico quantitativo, desenvolvido no ambulatório do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ) em Fortaleza/Ceará, referência para tratamento de doenças infecciosas do SUS no Estado. O hospital conta com unidade ambulatorial especializada para acompanhamento de PVHA e Hospital-Dia para a administração de medicamentos parenterais em pacientes ambulatoriais.

A população do estudo foi composta por PVHA cadastrados no setor ambulatorial do hospital supracitado. Todos os participantes foram recrutados em sala de espera para consulta médica no ambulatório.

Os critérios de inclusão foram: possuir diagnóstico de infecção por HIV confirmado; acompanhamento ambulatorial no HSJ durante o período da coleta dos dados; idade igual ou superior a 18 anos, independente do sexo; fazer uso de medicação antirretroviral em um período superior a quatro meses, por critério de padronização; ter capacidade cognitiva suficiente para participar da pesquisa, testada pelo mini exame do estado mental¹¹.

Foram excluídos os dados daqueles que se recusaram a continuar a pesquisa e que solicitaram a retirada do consentimento durante a aplicação dos questionários. Durante o período da coleta dos dados foram convidados para o estudo 152 pessoas, 14 recusaram-se a participar, restando 138 pessoas que apresentaram bom desempenho no mini exame do estado mental. No transcorrer da coleta dos dados, dez indivíduos foram excluídos por solicitarem retirada dos dados da pesquisa, totalizando uma amostra de 128 PVHA.

No delineamento amostral, optou-se pela técnica de amostragem não probabilística (por conveniência) consecutiva, totalizando 128 pessoas que foram convidadas a participar após a realização da consulta médica no dia da coleta dos dados. Todas as pessoas convidadas e que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Inicialmente, foram explicados para o participante os procedimentos para responderem aos questionários e todas as considerações éticas que envolveram a pesquisa como o sigilo e a assinatura do TCLE que estava disponível em duas vias, uma para o pesquisador e a outra para o participante.

Os dados foram obtidos por meio de entrevista com tempo médio de 30 minutos por um avaliador treinado previamente em estudo piloto.

O primeiro questionário correspondia às variáveis independentes, tais como os dados sociodemográficos (idade, estado civil, renda mensal, ocupação e nível de escolarização) e

medicamentoso (tempo de uso da TARV) do participante, e o segundo aos dados sobre a QV (variável dependente). Utilizou-se o questionário de QV desenvolvido pela Organização Mundial da Saúde, o WHOQOL-HIV Bref. Esta é a versão abreviada com 31 perguntas contemplando 29 facetas que abordam os domínios físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade, além da faceta geral de QV e percepção geral de saúde com perguntas formuladas para quatro escalas de resposta de cinco pontos (escala tipo *likert*), associadas às dimensões de intensidade, capacidade, frequência e avaliação, e enunciadas, quer de forma positiva quer de forma negativa. Esse questionário apresenta confiabilidade metodológica, utilizando-se amostras heterogêneas de pessoas com diferentes condições clínicas e tratadas tanto em regime ambulatorial como hospitalar¹².

Para o cálculo dos escores do questionário sobre QV, foi realizada a verificação de que todas as 31 questões foram preenchidas com valores entre um e cinco. Inverteu-se todas as questões cuja escala de respostas é invertida e os escores dos domínios foram calculados através da soma dos escores das “n” questões que compõem cada domínio, dividido pelo número de questões do domínio¹³.

Os escores de QV geral e por domínio (0-100) foram categorizados conforme trabalho de Teixeira et al.¹⁴: 0-40 (inferior); 41-69 (intermediária) e 70 ou mais (superior). Juntamente com os dados sociodemográficos, foram expressos em forma de frequência absoluta e percentual e analisados por meio do teste Qui-quadrado de *Pearson* (X^2). Adicionalmente, modelo de regressão logística multinominal foi utilizado tendo como variável de desfecho a QV (cada domínio e a QV geral) e como grupo de referência os pacientes com QV superior. Todas as variáveis foram utilizadas no modelo. Todas as análises foram realizadas no *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para *Windows*, adotando uma confiança de 95%.

A aplicação dos questionários e a coleta dos dados ocorreram entre os meses de agosto e outubro de 2017, após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário Christus (nº 1881472) e do HSJ (nº 1986242) e seguiu os princípios éticos em pesquisa envolvendo seres humanos da Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa, respeitando os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade¹⁵.

RESULTADOS

Na amostra de 128 pessoas, predominou o sexo masculino (59,4%), metade da amostra tinha até 40 anos de idade (50,0%), a maior parte solteiro(a) (47,7%) e o ensino fundamental incompleto foi o mais prevalente (27,3%). Cerca de 28,1% trabalham ativamente e os demais sem vínculo empregatício, 54,7% possuem renda entre um e dois salários mínimos e 52,3% exibiu tempo de TARV de até 120 meses.

Com relação ao *status* geral (S-8) de QV, 85,2% da amostra apresentou QV intermediária. Os domínios que exibiram melhor QV foram o psicológico (D-2), independência (D-3), relações sociais (D-4) e autoavaliação (D-6) ($p < 0,001$). O domínio com qualidade intermediária significativa foi apenas o ambiente (D-5) ($p < 0,001$), e os domínios com baixos escores foram o físico (D-1) e a espiritualidade (D-6) ($p < 0,001$) (Tabela 1).

Tabela 1: Análise bivariada dos escores do domínio geral do WHOQOL-HIV Bref, segundo os escores dos domínios físico, psicológico, independência, relações sociais, ambiente, espiritualidade e autoavaliação dos avaliados, Fortaleza, Ceará, Brasil, agosto a outubro de 2017

Qualidade de vida	D-1	D-2	D-3	D-4	D-5	D-6	D-7	p ¹	S-8
	n-%	n-%	n-%	n-%	n-%	n-%	n-%		n-%
Inferior	50*-39,0	9-7,0	23-18,0	30-23,4	34-26,6	56*-43,7	19-14,8	<0,001	10-7,8
Intermediária	70-54,7	63-49,2	52-40,6	59-46,1	74*-57,8	59-46,1	56-43,8		109-85,2
Superior	8-6,3	56*-43,8	53*-41,4	39*-30,5	20-15,6	13-10,2	53*-41,4		9-7,0

Nota: (n=128); ¹ p-valor do teste Qui-quadrado; * proporções diferem significativamente.

O domínio físico mostrou associação direta com baixa escolaridade ($p=0,014$), assim como o domínio psicológico com tempo de TARV até 120 meses ($p=0,017$) e o domínio independência com idade até 40 anos ($p=0,048$) e com ocupação formal ($p=0,042$). O domínio de relações sociais não mostrou associação com os fatores sociodemográficos estudados. O domínio ambiente foi diretamente associado à elevada escolaridade ($p=0,027$) e TARV de até 120 meses ($p=0,030$). O domínio espiritualidade não mostrou nenhuma associação com os fatores sociodemográficos e o domínio de autoavaliação mostrou-se diretamente associado à elevada escolaridade ($p=0,044$) e ocupação formal ($p=0,015$). A QV geral mostrou-se diretamente associada a vínculos matrimoniais ($p=0,034$) e elevada escolaridade ($p=0,001$).

Tabela 2: Regressão Logística Multinomial para a variável qualidade de vida dos avaliados, Fortaleza, Ceará, Brasil, agosto a outubro de 2017

	p-valor ¹	OR ajustada	IC 95%	
Psicológico (Superior)				
Tempo TARV (até 120 meses)	0,049	2,22	1,01	4,95
Independência (Superior)				
Idade (até 40 anos)	0,033	2,49	1,07	5,77
Meio ambiente (Superior)				
Escolaridade (Superior)	0,017	8,25	1,46	46,47
Tempo TARV (até 120 meses)	0,042	3,55	1,04	12,05
Geral (Superior)				
Escolaridade (Superior)	0,030	10,56	1,25	89,27

Nota: (n=128); TARV- terapia antirretroviral; Regressão Logística Multinomial; OR ajustada = Odds ratio ajustada; IC 95% = Intervalo de confiança de 95% da OR ajustada; ¹p- valor do teste, adotando significância com valor < 0,05.

Em modelo de regressão logística multinomial, o domínio físico, de relações sociais, de espiritualidade e autoavaliação não mostraram associação com os fatores sociodemográficos avaliados. O domínio psicológico esteve 2,22 vezes mais associado a tempo de TARV até 120 meses

($p=0,049$) e o domínio de independência, 2,49 vezes mais associado à idade até 40 anos ($p=0,033$). O domínio ambiente mostrou-se diretamente associado à elevada escolaridade ($p=0,017$) e tempo de TARV até 120 meses ($p=0,042$). Boa QV geral foi associada 10,56 vezes mais à escolaridade superior, independentemente dos demais fatores sociodemográficos ($p=0,030$) (Tabela 2).

DISCUSSÃO

Desde o início da epidemia do HIV, são realizados estudos que avaliam o impacto desse agravo na QV de PVHA. Assim, com o avanço no tratamento e com a diminuição das infecções secundárias, ocorreu o aumento das taxas de sobrevivência e a cronicidade da doença. Compreender os fatores relacionados com a melhor QV tornou-se um dos principais objetivos desses estudos, visto a necessidade de informações para fundamentar estratégias de promoção da qualidade de vida¹⁶.

No tocante ao predomínio de pessoas do sexo masculino, a diferença do papel social entre homens e mulheres promove influências negativas na QV, principalmente das mulheres com HIV. A prevalência de participantes do sexo masculino na presente pesquisa corrobora com diversos estudos realizados ao longo do tempo^{8,17-21}.

Quanto ao acometimento do HIV, na faixa etária correspondente à idade fértil para as mulheres e a fase mais produtiva socioeconomicamente, independentemente do sexo, pode produzir perdas significativas tanto na área socioeconômica quanto na QV^{17,18}. Entretanto, esse estudo evidenciou que a idade até 40 anos e o vínculo empregatício relacionam-se com alto nível de QV no domínio independência, embora não evidenciado como preditor para este domínio no modelo de regressão logística. Isso se explica por razão de esse domínio envolver questões relacionadas à boa mobilidade, independência nas atividades cotidianas mesmo com dependência da medicação e bom nível de capacidade para o trabalho¹². Tal perfil caracteriza os indivíduos com ocupação formal.

Quanto à renda, embora os participantes deste estudo tenham se apresentado superiores ao disposto na literatura¹⁷⁻²¹, e com predomínio de pessoas com trabalho ativo, apreendeu-se que os indivíduos ainda se encontravam em situação de limitações financeiras. Apesar dos progressos no tratamento que permitem às PVHA trabalhar, elas continuam a ser discriminadas e têm mais dificuldades em manter os empregos e progredir na carreira²².

Esse resultado pode significar que a renda, além de deter o seu valor ligado às condições de vida e serviços, pode influenciar no estado de saúde, o que impossibilita ainda mais sua inserção no mercado de trabalho. Um estudo evidenciou que PVHA que não possuem vínculo trabalhista têm pior QV quando comparados aos que trabalham²³.

O presente estudo, em relação à escolaridade, evidenciou que há uma parcela significativa de pessoas que não concluíram o ensino fundamental, corroborando com o encontrado na literatura, que aponta baixa escolaridade nesta população²⁴, porém, discordando de outros dois estudos

desenvolvidos também no Ceará em outro serviço especializado. Os autores identificaram um predomínio de pessoas com nível de escolaridade até o ensino médio completo, equivalente a 12 anos^{18,20}.

Tais diferenças devem ser refletidas na perspectiva de que a epidemia da infecção pelo HIV e pela aids é um fenômeno global, dinâmico e instável e a forma de ocorrência, bem como os fatores associados, depende do comportamento humano individual e coletivo²⁵.

As pessoas com ensino médio completo ou escolaridade superior podem ter maior acesso às informações referentes à infecção pelo HIV e, com isso, melhores recursos para conviverem com sua condição de saúde e apresentarem altos níveis de QV²⁶, como evidenciado por este estudo no domínio ambiente, autoavaliação e geral. Essa relação explica-se pela possibilidade de segurança socioeconômica, acesso aos serviços de saúde e melhores estratégias de autocuidado. Do contrário, a baixa escolaridade e baixo poder aquisitivo possibilitam acesso limitado à saúde, educação, moradia e alimentação, bem como impacta nas opções de ocupação profissional, como trabalhos informais e sem vínculo empregatício²⁶.

Quanto à associação direta com o domínio físico, mesmo não sendo evidenciado como fator preditor no modelo de regressão logística, explica-se pelo fato de que o maior nível de esclarecimento e informações obtidas sobre a própria saúde garantem um cuidado de maior qualidade quanto ao sintomas de dor e desconforto e sintomas adversos a TARV, aumentando o *status* de energia e diminuindo o de fadiga, bem como, melhorando a qualidade do sono. Tais facetas abrangem o domínio físico no WHOQOL-HIV Bref¹².

Vale salientar que a interferência no domínio físico pode comprometer a continuidade do tratamento do HIV^{20,27,28}, na medida em que altera a capacidade do indivíduo de cuidar de si mesmo, além de dificultar o oferecimento do suporte social por parte da família, dos amigos e dos profissionais de saúde²⁰.

No domínio das relações pessoais, esta pesquisa evidenciou predomínio no estado civil de pessoas se autodeclarando solteiras. Vale destacar que a literatura aponta que PVHA em convivência com parceiros demonstram melhores índices de QV relacionados ao apoio social satisfatório¹⁷⁻¹⁸.

Esta pesquisa não evidenciou associação entres os fatores sociodemográficos e o domínio das relações sociais, bem como com o domínio da espiritualidade, mas apreende-se que o suporte social e espiritual desempenha um papel essencial na moderação do estresse relacionado ao processo saúde/doença, envolvendo questões relacionadas às respostas sociais do HIV²⁹⁻³². Visto isso, PVHA sem vínculos relacionais são vulneráveis ao baixo nível de QV pela perda desse suporte social.

No que se refere ao uso da TARV, esta pesquisa evidenciou predomínio de pessoas com até 120 meses de terapia e que esta é um importante preditor de QV no domínio psicológico e ambiente. Um estudo apontou que o uso dos antirretrovirais esteve melhor associado ao bem-estar físico e

emocional, tanto em homens quanto em mulheres, o que evidencia sua influência positiva, enquanto fator clínico, na QV das PVHA¹⁹.

Apreende-se que o menor tempo de TARV, em decorrência de menores efeitos adversos, garante uma perspectiva melhor de sentimentos positivos, autoestima e boa percepção da imagem corporal, garantia de segurança socioeconômica, acesso aos serviços de saúde e melhores estratégias de autocuidado. Tais facetas são abordadas pelo domínio psicológico e ambiente do WHOQOL-HIV Bref¹².

O uso da TARV proporciona a desconstrução da ideia de morte advinda do diagnóstico de infecção por HIV/aids e a construção de melhores perspectivas de vida. Com o advento da TARV, o indivíduo convive melhor cotidianamente com o HIV, o que possibilita a reconstrução de projetos na vida profissional e afetiva, com a inserção no mercado de trabalho²⁷.

As pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA) em acompanhamento ambulatorial em hospital de referência no Ceará apresentaram predomínio do sexo masculino, estado civil autodeclarado solteiro(a), baixa escolaridade, trabalho ativo e renda mensal entre um e dois salários mínimos.

Na busca de dialogar as características sociodemográficas e o tempo de TARV como fatores individuais, dentro da perspectiva dos determinantes sociais de saúde³³, apreende-se que o estudo teve mérito ao ampliar o conhecimento sobre preditores sociodemográficos da QV no contexto do HIV/aids, com destaque para idade até 40 anos, tempo de TARV até 120 meses e alto nível de escolaridade.

Entretanto, o domínio de independência, principalmente até 40 anos de idade, e o domínio de ambiente possuem como preditor o elevado nível de escolaridade. Em geral, independentemente dos demais fatores sociodemográficos, o tempo de TARV até 120 meses mostrou-se como preditor de altos escores de QV nos domínios psicológico e ambiente.

A mensuração e avaliação da QV podem contribuir para a melhoria da assistência em saúde prestada à PVHA, permitindo um cuidado individualizado e uma assistência integral capaz de englobar, além dos aspectos voltados ao HIV/aids e outras Infecções Sexualmente Transmissíveis, tópicos ligados ao contexto socioeconômico e medicamentoso desses indivíduos.

CONCLUSÃO

A QV apresentou-se com alto nível no domínio psicológico, independência, relações sociais e autoavaliação, intermediária no domínio ambiente e baixo nível no domínio físico e espiritualidade. Fatores sociodemográficos, enquanto preditores de QV, não possuem associação com os domínios físico, relações sociais, espiritualidade e autoavaliação.

Este estudo não está isento de limitações, nomeadamente as impostas pela amostragem por conveniência e o desenho transversal, que não permitem retirar conclusões para as populações em causa e estabelecer inferências acerca de relações de causalidade.

No entanto, possibilitou novos conhecimentos acerca da QV de pessoas que vivem com HIV/aids no Ceará, fornecendo informações para subsidiar o planeamento de ações de promoção da saúde e da qualidade de vida, notadamente na região Nordeste brasileira.

REFERÊNCIAS

1. Brasil. Ministério da Saúde; O Manejo da Infecção pelo HIV na Atenção Básica: Manual para Profissionais Médicos. Brasília, DF; 2015.
2. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. Estatísticas. Estatísticas Globais sobre HIV. 2017.
3. Brasil. Ministério da Saúde; Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/aids [Internet]. 2017 [cited 2018 Nov 10];48(1):1-51. Available from: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2018>.
4. Brasil. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará, Núcleo de Vigilância Epidemiológica, Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS [Internet]. 2018 [cited 2018 Dez 9]. Available from: <https://www.saude.ce.gov.br/download/boletins>.
5. Brasil. Ministério da Saúde. Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do projeto ATAR. Brasília, DF; 2010.
6. Brasil. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids. Taxas de prevalência de Aids em populações-chave; 2018.
7. Coutinho MFC, O'dwyer G, Frossard V. Antiretroviral treatment: adherence and the influence of depression in users with HIV/Aids treated in primary care. Saúde debate [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 04]; 42(116):148-161. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-11042018000100148&lng=en.
8. Okuno MFP, Gosuen GC, Campanharo CRV, Fram DS, Batista REA, Belasco AGS. Quality of life, socioeconomic profile, knowledge and attitude about sexuality of "people living" with the Human Immunodeficiency Virus. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 04];23(2):192-199. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200003&lng=en
9. Domingues JP, Oliveira DC, Marques SC. Quality of life social representations of people living with HIV/Aids. Texto Contexto Enferm. 2018; 27(2):e1460017. DOI: [dx.doi.org/10.1590/0104-070720180001460017](https://doi.org/10.1590/0104-070720180001460017)
10. Herrmann S, Mckinnon E, Hyland NB, Lalanne C, Mallal S, Nolan D, et al. HIV-related stigma and physical symptoms have a persistent influence on health-related quality of life in Australians with HIV infection. Health Qual Life Outcomes. 2013;11: 56. DOI: [10.1186/1477-7525-11-56](https://doi.org/10.1186/1477-7525-11-56)
11. Brucki S, Nitrini R, Caramelli P. Sugestões para o uso do mini exame do estado mental no Brasil. Arq. Neuro-Psiquiatr. [Internet]. 2003 [citado 2019 jan. 04];61(3B):777-781. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-282X2003000500014&lng=en.
12. Pedroso B, Gutierrez GL, Duarte E, Pilatti LA, Picinin CT. Avaliação da qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS: uma visão geral dos instrumentos WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-BREF. Conexões. 2012;10(1):50-69. DOI: <https://doi.org/10.20396/conex.v10i1.8637688>
13. Whoqol-Group. Instrument WHOQOL – HIV. User manual; 2002.
14. Teixeira CNG, Rodrigues MIQ, Silva PGB, Frota MMA, Almeida MEL. Quality of life of postgraduate *stricto sensu* in dentistry and sociodemographic factors. Rev. odontol. UNESP [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 04];46(5):278-283. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1807-25772017000500278&lng=en
15. Brasil. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, 2012. Diretrizes e Normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília; 2013.
16. Costa MMR, et al. Qualidade de vida de indivíduos com HIV: revisão integrativa. Braz. J. Hea. Rev. 2019; 2(3):1833-1842.
17. Mutabazi-Mwesigire D, Seeley J, Martin F, Katamba A. Perceptions of quality of life among Ugandan patients living with HIV: a qualitative study. BMC Public Health. 2014;14:3343.
18. Galvão MTG, Soares LL, Pedrosa SC, Fiuza MLT, Lemos LA. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. Acta paul. enferm. [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 04];28(1):48-53. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002015000100048&lng=en.
19. Catunda C, Seidl EMF, Lemétayer F. Quality of life of people living with HIV/AIDS: Effects of illness perception and coping strategies. Psicologia: Teoria e Pesquisa, [Internet]. 2016 [cited 2019 Jan 04];32(spe):e32ne218. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-37722016000500217&lng=en&nrm=iso

20. Santos VF, Galvão MTG, Cunha GHD, Lima ICVD, Gir E. Alcohol effect on HIV-positive individuals: treatment and quality of life. *Acta paul. enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 04];30(1):94-100. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100094&lng=en.
21. Oliveira FBM, Queiroz AAFLN, Sousa ÁFL, Moura MEB, Reis RK. Sexual orientation and quality of life of people living with HIV/Aids. *Rev. Bras. Enferm.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 04];70(5):1004-1010. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000501004&lng=en.
22. Gunther LE. O HIV e a AIDS: preconceito, discriminação estigma no trabalho: aplicação da Súmula 443 do Tribunal Superior do Trabalho. *Revista Eletrônica [do] Tribunal Regional do Trabalho da 9ª Região* [Internet]. 2015 [citado 2019 jan. 10];4(42):46-67. Disponível em: <https://juslaboris.tst.jus.br/handle/20.500.12178/90992>
23. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJÍ. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciênc. Saúde coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 04];20(4):1075-1084. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401075&lng=en.
24. Múnene E, Ekman B. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? A cross-sectional study in a regional referral hospital in Kenya. *Glob Health Action.* 2014;7:13554. DOI: 10.3402/gha.v7.23554
25. Moura JPD, Faria MRD. Characterization and epidemiological profile of people living with hiv / aids. *Rev enferm UFPE on line.* [Internet]. 2017 [cited 2019 Jan 04];11(12):5214-5220. Available from: <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22815>
26. Okuno MFP, Gosuen GC, Campanharo CRV, Fram DS, Batista REA, Belasco AGS. Quality of life, socioeconomic profile, knowledge and attitude about sexuality of "people living" with the Human Immunodeficiency Virus. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 04];23(2):192-199. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692015000200003&lng=en.
27. Rego SR, Oliveira CF, Rego DS, Santos RF, Silva VB. Study of self-report of adherence and problematic use of alcohol in a population of individuals with AIDS using HAART. *J. bras. psiquiatr.* [Internet]. 2011 [cited 2019 Jan 04];60(1):46-49. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0047-20852011000100009&lng=en.
28. Silva JAG, Dourado I, Brito AM, Silva CAL. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. *Cad. Saúde Pública* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 04];31(6):1188-1198. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601188&lng=en.
29. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJÍ. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciênc. saúde coletiva* [Internet]. 2015 [cited 2019 Jan 04];20(4):1075-1084. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401075&lng=en.
30. Langebeek N, Gisolf EH, Reiss P, Vervoort SC, Hafsteinsdóttir TB, Richter C, et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. *BMC Med.* [Internet]. 2014 [cited 2019 Jan 04];12(142):1-12. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25145556>
31. Su X, Lau JT, Mak WW, Chen L, Choi K, Song J, et al. Perceived discrimination, social support, and perceived stress among people living with HIV/AIDS in China. *AIDS Care.* [Internet]. 2013 [cited 2019 Jan 04];25(2):239-248. Available from: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22835331>
32. Padoin SMM, Marchi MC, Santos WM, Quadros JS, LANGENDORF TF, Paula CC. The influence of marital status in social support in people infected by HIV. *RECOM.* [Internet]. 2018 [cited 2019 Jan 04];8:e2485. Available from: <http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/2485>
33. Buss PM, Pellegrini FA. A saúde e seus determinantes sociais. *Physis* [Internet]. 2007 Apr [cited 2019 July 11]; 17(1): 77-93. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-73312007000100006&lng=en. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-73312007000100006>