

Qualidade de vida de idosos vivendo com HIV/aids em acompanhamento ambulatorial

Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up
Calidad de vida de ancianos viviendo con VIH/SIDA en acompañamiento ambulatorial

**Juliano de Souza Caliar¹, Lilian Andreia Fleck Reinato¹, Daiana Patrícia Marchetti Pio¹,
Letícia Pimenta Lopes¹, Renata Karina Reis¹, Elucir Gir¹**

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

¹ Universidade de São Paulo, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto,
Departamento de Enfermagem Geral e Especializada. Ribeirão Preto-SP, Brasil.

Como citar este artigo:

Caliari JS, Reinato LAF, Pio DPM, Lopes LP, Reis RK, Gir E. Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up. Rev Bras Enferm [Internet]. 2018;71(Suppl 1):513-22. [Thematic Issue: Contributions and challenges of nursing practices in collective health] DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0127>

Submissão: 23-03-2017

Aprovação: 09-08-2017

RESUMO

Objetivo: Analisar os fatores relacionados com a qualidade de vida de idosos vivendo com HIV/aids. **Método:** Estudo transversal realizado com pessoas de idade igual ou superior a 50 anos em um ambulatório especializado. A coleta de dados foi por meio de entrevista. Para a análise dos dados e caracterização da amostra, utilizou-se da estatística descritiva e testes de comparação. O projeto atendeu às exigências éticas. **Resultados:** Participaram 81 usuários de 50 a 75 anos, cuja média foi 57,8 ($\pm 6,1$) anos, sendo 71,6% homens. Houve relação estatisticamente significativa com a qualidade de vida, as seguintes variáveis: sexo, filhos, ocupação, religião, tempo de diagnóstico, exposição ao HIV, efeitos adversos, interrupção do tratamento, contagem de carga viral, internação, dependência para atividades diárias e uso de drogas. **Conclusão:** Os resultados sugerem que o déficit de qualidade de vida não está ligado apenas às mudanças físicas, mas às angústias e ao estigma relacionado ao HIV/aids.

Descritores: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; HIV; Soropositividade para HIV; Qualidade de Vida; Infecções por HIV.

ABSTRACT

Objective: To analyze factors related to the quality of life of elderly people living with HIV/AIDS. **Method:** A cross-sectional study was carried out with people aged 50 years or more in a specialized outpatient clinic. The data collection was by means of an interview. For the analysis of data and characterization of the sample, descriptive statistics and comparison tests were used. The project met the ethical requirements. **Results:** Participants were 81 users aged 50 to 75 years, mean age was 57.8 (± 6.1) years, 71.6% of whom were men. There was a statistically significant relationship with the quality of life, the following variables: gender, children, occupation, religion, diagnosis time, HIV exposure, adverse effects, treatment interruption, viral load counts, hospitalization, dependence for daily activities and use of drugs. **Conclusion:** The results suggest that the quality of life deficit is related not only to physical changes, but to the anguish and stigma related to HIV/AIDS.

Descriptors: Acquired Immunodeficiency Syndrome; HIV; HIV Seropositivity; Quality of Life; HIV Infections.

RESUMEN

Objetivo: Analizar los factores relacionados con la calidad de vida de ancianos que viven con VIH/SIDA. **Método:** Estudio transversal realizado con personas de edad igual o superior a 50 años en un ambulatorio especializado. La recolección de datos fue por medio de entrevista. Para el análisis de los datos y caracterización de la muestra, se utilizó la estadística descriptiva y pruebas de comparación. El proyecto cumplió con los requisitos éticos. **Resultados:** Participaron 81 usuarios de 50 a 75 años, cuya media fue 57,8 ($\pm 6,1$) años, siendo 71,6% hombres. Se observó una relación estadísticamente significativa con la calidad de vida, las cuales fueron: sexo, hijos, ocupación, religión, tiempo de diagnóstico, exposición al VIH, efectos adversos, interrupción del tratamiento, recuento de carga viral,

internación, dependencia para actividades diarias y uso de medicamentos. **Conclusión:** Los resultados sugieren que el déficit de calidad de vida no está relacionado sólo a los cambios físicos, sino a las angustias y al estigma relacionado con el VIH/SIDA.

Descripciones: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida; VIH; Seropositividad para el VIH; Calidad de Vida; Infecciones por VIH.

AUTOR CORRESPONDENTE Juliano de Souza Caliari E-mail: julianocaliari@yahoo.com.br

INTRODUÇÃO

Desde o início da epidemia do vírus da imunodeficiência humana (HIV), são realizados estudos que avaliam o impacto desse agravo na qualidade de vida (QV) de pessoas acometidas pelo HIV/aids⁽¹⁾. Assim, com o avanço no tratamento e com a diminuição das infecções secundárias, como 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 das pesquisas com HIV/aids⁽²⁻³⁾.

A cronicidade da AIDS foi um marco para a melhoria das condições de vida das pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA). O aumento do tempo de convívio com o HIV permitiu aos indivíduos infectados maior possibilidade de aceitação, adaptação e conformação com a doença, e assim, de estabelecer relacionamentos afetivos e sexuais, e até de melhorar a adesão ao tratamento⁽⁴⁻¹⁰⁾.

Com a melhor QV, as pessoas passaram a ter maior sobrevivência, o que possibilitou o envelhecimento de PVHA⁽¹⁰⁾. De modo que, das 36,7 milhões de pessoas que viviam em 2015 com HIV/aids, 5,8 milhões tinham idade igual ou superior a 50 anos⁽¹⁾. Contudo, a possibilidade de vida mais longa nem sempre está relacionada com bons indicadores de QV⁽⁴⁾, uma vez que a QV pode ser afetada por diversos fatores, como os individuais, idade, sexo, escolaridade, renda, estado civil, contagem de linfócitos T CD4+ e uso de TARV, mas também por fatores culturais, sociais e emocionais, os quais podem impactar na percepção deste construto⁽⁴⁻⁵⁾.

A busca pela QV não encerra apenas com a extensão dos anos de vida, devendo-se levar em conta o significado de viver com HIV, o que pode representar a ruptura das relações afetivas, problemas com a sexualidade e falta de recursos sociais e financeiros, os quais podem comprometer a saúde mental, física e o bem-estar dos indivíduos que vivem com HIV⁽⁴⁾, em especial daqueles com idade igual ou superior a 50 anos, bem como de seus cuidadores e familiares^(1,6-7).

OBJETIVO

O objetivo deste estudo foi analisar os fatores sociodemográficos e clínicos relacionados com a QV de pessoas com idade igual ou superior a 50 anos vivendo com HIV/aids.

MÉTODO

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Fundação de Ensino Superior de Passos-Minas Gerais (FESP-MG), atendendo as exigências éticas propostas pela Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde.

Desenho, local do estudo e período

Trata-se de um estudo transversal, analítico, realizado em um ambulatório de atendimento especializado em PVHA da rede estadual de saúde, o qual é referência para 18 municípios da região sudoeste de Minas Gerais, com registro de 758 casos de PVHA na região até o final de 2015.

População ou amostra; critérios de inclusão e exclusão

Participaram do estudo os usuários do ambulatório que estavam com idade igual ou superior a 50 anos. A seleção dos participantes foi realizada por amostra consecutiva, no período entre setembro de 2014 a dezembro de 2015. Foram considerados como critérios de inclusão: possuir idade igual ou superior a 50 anos; estar em uso da terapia antirretroviral (TARV) há pelo menos seis meses; e estar em seguimento clínico ambulatorial regular, retirando mensalmente os antirretrovirais e comparecendo as consultas médicas a cada três meses na unidade. Foram considerados como critérios de exclusão: viver em situações de confinamento, como, presidiários, institucionalizados e residentes em casas de apoio, atendidos no ambulatório.

Protocolo do estudo

A coleta de dados foi realizada por meio de entrevista individual, em sala privativa, no próprio serviço de atendimento, norteadas por um questionário contemplando as variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade, situação conjugal, presença de filhos, renda, ocupação, arranjo domiciliar e religião praticante) e clínicas (tempo de diagnóstico, exposição ao HIV, efeitos adversos, interrupção após início de tratamento, contagem de linfócitos TCD4+, contagem de carga viral, interações relacionadas ao HIV/aids, comorbidades, dependência nas atividades diárias e uso de drogas). A seguir foi aplicado o Questionário HAT-QoL, específico para mensurar a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids nas últimas quatro semanas⁽⁸⁾, composto por 34 itens distribuídos em 9 domínios: função geral, satisfação com a vida, preocupações com a saúde, preocupações financeiras, preocupações com a medicação, aceitação do HIV, preocupações com o sigilo, confiança no médico e função sexual, os quais estão relacionados com a maior ou menor percepção de qualidade de vida. As respostas estão em uma escala do tipo Likert de cinco pontos: todo tempo (1), a maior parte do tempo (2), parte do tempo (3), pouco tempo (4) e nunca (5); de forma que as dimensões do questionário são medidas em cores que variam de um (menor qualidade de vida percebida) a cem (maior qualidade de vida percebida).

Para o cálculo dos domínios do questionário, utilizou-se o manual de pontuação proposto para o instrumento⁽⁹⁾. A base de dados foi formatada em planilha do Microsoft Office Excel® (Windows 2010), após a dupla digitação e a validação dos dados, a planilha foi exportada para o programa de análise estatística IBM® SPSS, versão 23.0.

Análise dos resultados e estatística

Para a análise dos dados e caracterização da amostra, utilizou-se a estatística descritiva, com frequência simples, medidas de tendência central e variabilidade. Utilizou-se o teste Shapiro-Wilk para avaliar a normalidade das distribuições, considerando significância $p > 0,05$; e aplicados os testes Mann-Whitney e Kruskal-Wallis para analisar a diferença entre as médias dos domínios.

RESULTADOS

Do total de 338 usuários cadastrados no serviço, 81 atenderam aos critérios de inclusão, os quais estavam entre a idade mínima de 50 e máxima de 75 anos, com média de 57,8 ($\pm 6,1$) e mediana de 57,0 anos. Destes, 31 (38,3%) contraíram o HIV após os 50 anos. Segundo as variáveis sociodemográficas, 58 (71,6%) eram do sexo masculino; 37 (45,7%) tinham de um a cinco anos completos de escolaridade; 56 (69,1%) declaram-se estar casados ou viver amasiados; 55 (67,9%) mencionaram possuir filhos; 43 (53,1%) recebiam mais de um salário mínimo por mês; 46 (56,8%) referiram estar aposentados ou afastados; 60 (74,1%) viviam acompanhados e 60 (74,1%) mencionaram ser praticantes de alguma religião.

Tabela 1 – Distribuição das frequências e porcentagens das pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=81), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos, Minas Gerais, Brasil, 2014 – 2015

Variáveis sociodemográficas	n	%
Sexo		
Masculino	58	71,6
Feminino	23	28,4
Escolaridade (anos concluídos)		
0	10	12,3
1 – 5	37	45,7
≥ 6	34	42,0
Situação conjugal		
Solteiro, viúvo e separado	25	30,9
Casado e amasiado	56	69,1
Presença de filhos		
Não	26	32,1
Sim	55	67,9
*Renda (SM = salário mínimo)		
≤ 1 SM	38	46,9
> 1 SM	43	53,1
Ocupação		
Sem ocupação	5	6,2
Afastado/aposentado	46	56,8
Trabalhando	30	37,0
Arranjo domiciliar		
Sozinho	21	25,9
Acompanhado	60	74,1
Religião praticante		
Sim	60	74,1
Não	21	25,9

Nota: *Salário mínimo vigente no período da pesquisa foi de R\$724,00 (US\$ 224,00) em 2014 e de R\$788,00 (US\$ 241,00) em 2015.

Quanto às variáveis clínicas, destacaram-se os 29 (35,8%) participantes que conviviam com o diagnóstico de infecção do HIV por um período superior a 10,1 anos; os 62 (76,5%) que tiveram exposição sexual; os 61 (76,5%) que não apresentavam efeitos adversos com o tratamento; os 70 (86,4%) que afirmaram nunca ter interrompido o uso da terapia antirretroviral (TARV); os 62 (76,5%) que apresentavam contagem de linfócitos TCD4+ superior a 350 mm³/sangue; os 64 (79,0%) com carga viral indetectável; os 51 (63,0%) que não haviam histórico de internação por complicações do HIV/aids; os 61 (75,3%) que não mencionaram presença de comorbidades; os 77 (95,1%) que não necessitavam de ajuda para as atividades de vida diária (AVD); e os 65 (80,2%) participantes que negaram o uso de alguma droga lícita ou ilícita.

Na estatística descritiva do questionário de QV os maiores valores de mediana e média estavam concentrados nos domínios “confiança no profissional” e “preocupação com a medicação”, já os mais baixos valores de mediana e média estavam nos domínios “preocupação financeira” e “preocupação com o sigilo” (Tabela 3).

Tabela 2 – Distribuição das frequências e porcentagens das pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=81), segundo as variáveis clínicas, Passos, Minas Gerais, Brasil, 2014 - 2015

Variáveis clínicas	n	%
Tempo de diagnóstico do HIV (anos)		
≤ 5	14	29,7
5,1 – 10	28	34,6
$\geq 10,1$	29	35,8
Exposição ao HIV		
Sexual	62	76,5
Não sexual	10	12,4
Não sabem	9	11,1
Efeitos adversos		
Não	61	75,3
Sim	20	24,7
Interrupção da TARV		
Não	70	86,4
Sim	11	13,6
Contagem TCD4+		
≤ 350 mm ³ /sangue	19	23,5
> 350 mm ³ /sangue	62	76,5
Contagem carga viral		
< 50 cópias/ml (indetectável)	64	79,0
≥ 50 cópias/ml (detectável)	17	21,0
Internações/ motivo HIV/aids		
Não	51	63,0
Sim	30	37,0
Comorbidades		
Não	61	75,3
Sim	20	24,7
Dependência nas AVD		
Não	77	95,1
Sim	4	4,9
Uso de drogas (lícitas e ilícitas)		
Não	65	80,2
Sim	16	19,8

Nota: TARV- terapia antirretroviral; TCD4+ - linfócito T; AVD- atividades de vida diária

Tabela 3 – Distribuição dos escores dos domínios do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n=81), Passos, Minas Gerais, Brasil, 2014 – 2015

Escore – domínios	Número de itens	Mínimo	Máximo	Mediana	Média	Desvio Padrão
Função geral	6	16,7	100,0	67,1	75,0	27,1
Satisfação com a vida	4	6,3	100,0	68,6	75,0	31,6
Preocupações com a saúde	4	6,3	100,0	66,8	75,0	33,0
Preocupações financeiras	3	0,0	100,0	48,5	50,0	38,5
Preocupações com a medicação	5	0,0	100,0	86,2	100,0	20,7
Aceitação do HIV	2	0,0	100,0	70,6	75,0	34,0
Preocupações com o sigilo	5	0,0	100,0	44,6	40,0	37,6
Confiança no profissional	3	0,0	100,0	88,5	100,0	23,5
Função sexual	2	0,0	100,0	55,0	50,0	39,6

Na relação das variáveis sociodemográficas com os domínios do questionário de qualidade de vida foram estatisticamente significantes: o sexo com os domínios “preocupação com a saúde” ($p=0,029$) e “confiança profissional” ($p=0,043$), com a maior distribuição das médias e medianas na categoria “masculinos”; com a variável “filhos” no domínio “preocupação com a saúde” ($p=0,026$), com maior valor de média e mediana para a ausência de filhos e com o domínio “preocupação com o sigilo” ($p=0,024$) com maior média e mediana na categoria “presença de filhos”; ocupação dos participantes com o domínio “preocupação com o sigilo” ($p=0,043$) com destaque para a categoria “afastado ou aposentado”; e “religião praticante” com os domínios “função geral” ($p=0,039$) e “satisfação com a vida” ($p=0,045$) com maior distribuição das médias e medianas na categoria “presença de prática religiosa” e com o domínio “preocupação com o sigilo” ($p=0,030$) com destaque para a categoria “prática religiosa ausente”, com maior valor de média e mediana.

Na distribuição dos escores médios com as variáveis clínicas constatou-se que, foi estatisticamente significativa, a variável “tempo de diagnóstico do HIV” com o domínio “função sexual” ($p=0,014$), com destaque para a categoria “tempo superior a 10 anos” com os maiores valores de média e mediana. A variável “exposição ao HIV” com o domínio “satisfação com a vida” ($p=0,006$) e “preocupações financeiras”

($p=0,006$) com maiores valores de média e mediana na categoria não sabem, e, no domínio “confiança no profissional” ($p=0,004$) com os maiores valores na categoria “sexual”. A relação dos efeitos adversos com os domínios “função geral” ($p=0,037$), “preocupações com a medicação” ($p=0,018$) e “confiança no profissional” ($p=0,046$) com a distribuição das maiores médias e medianas na categoria “não”. Na interrupção da terapia de antirretrovirais constatou-se a significância com os domínios “preocupação com as medicações” ($p=0,047$) e “função sexual” ($p=0,005$) com maiores valores de média e mediana na categoria “não”, e, nos domínios “aceitação do HIV” ($p=0,005$) e “preocupações com o sigilo” ($p=0,026$) na categoria “sim”. A contagem de carga viral com o domínio “satisfação com a vida” ($p=0,031$) com os maiores valores na categoria “inferior a 50 cópias/ml”. A internação relacionada ao HIV/aids com o domínio “satisfação com a vida” ($p=0,045$) com os maiores valores de média e mediana na categoria “não” e com o domínio “preocupações com o sigilo” ($p=0,008$), com destaque para a categoria “sim”. A relação da variável “dependência das atividades de vida diária (AVD)” com o domínio “função geral” ($p=0,001$) e “preocupações com a saúde” ($p=0,038$) com maiores médias e medianas na categoria “não”. O uso de drogas lícitas e ilícitas com o domínio “confiança no profissional” ($p=0,042$), com destaque para a categoria “sim”, com maior valor de média e mediana.

Tabela 4 – Distribuição dos escores do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n = 81), segundo as variáveis sociodemográficas, Passos, Minas Gerais, Brasil, 2014 - 2015

Variáveis Sociodemográficas	Questionário HAT-QoL																	
	Função geral		Satisfação com vida		Preocupações com saúde		Preocupações financeiras		Preocupações com medicação		Aceitação do HIV		Preocupação com o sigilo		Confiança no profissional		Função sexual	
	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M
Sexo ^(b)																		
Masculino	75,0	67,6	75,0	69,1	81,2	71,1	62,5	49,7	95,0	85,5	87,5	71,5	37,5	42,6	100,0	92,5	75,0	59,6
Feminino	62,5	65,9	75,0	67,1	50,0	52,4	33,3	45,3	100,0	87,8	50,0	64,7	40,0	46,1	98,0	78,3	25,0	42,9
Valor de p	0,987		0,953		0,029		0,734		0,698		0,228		0,560		0,043		0,081	
Escolaridade (anos concluídos) ^(a)																		
0	50,0	56,7	62,5	65,6	21,9	42,1	0,0	35,8	100,0	91,5	100,0	87,5	77,5	56,5	100,0	97,5	75,0	57,5
1 - 5	75,0	67,3	75,0	67,2	75,0	69,9	50,0	51,1	95,0	89,6	75,0	71,3	40,0	47,8	100,0	91,7	50,0	53,4
≥ 6	81,3	70,0	81,3	71,0	81,3	68,0	58,3	49,3	97,5	80,8	75,0	62,5	22,5	35,3	100,0	82,4	50,0	56,0
Valor de p	0,296		0,742		0,050		0,234		0,727		0,103		0,627		0,309		0,842	
Situação conjugal ^(a)																		
Solteiro, viúvo e separado	70,8	65,7	75,0	64,4	75,0	63,6	33,3	41,4	90,0	78,2	75,0	64,8	35,0	40,7	100,0	88,4	75,0	58,7
Casado e amasiado	68,7	63,8	75,0	65,8	59,4	56,0	25,0	38,8	85,0	77,5	81,3	66,9	40,0	40,0	100,0	86,6	75,0	62,6
Valor de p	0,367		0,998		0,127		0,722		0,899		0,461		0,898		0,618		0,350	
Presença de filhos ^(b)																		
Não	83,3	74,1	75,0	70,9	87,5	79,8	66,6	55,1	97,5	82,6	75,0	68,7	20,0	29,6	100,0	94,2	75,0	67,3
Sim	66,6	63,7	75,0	67,5	68,7	59,2	33,3	45,3	100,0	83,5	87,5	70,0	45,0	50,2	100,0	85,7	50,0	49,0
Valor de p	0,141		0,805		0,026		0,341		0,837		0,613		0,024		0,650		0,081	
Renda ^(b)																		
≤ 1 SM	66,7	66,4	75,0	68,4	75,0	67,3	41,6	44,0	100,0	85,1	75,0	72,0	32,5	41,8	75,0	57,2	100,0	90,4
> 1 SM	75,0	67,7	75,0	68,7	75,0	64,5	58,3	52,3	95,0	87,0	75,0	67,4	40,0	45,2	50,0	52,9	100,0	86,8
Valor de p	1,00		0,558		0,641		0,350		0,615		0,850		0,663		0,951		0,666	
Ocupação ^(a)																		
Sem ocupação	50,0	67,5	93,7	81,3	50,0	60,0	16,7	46,7	100,0	92,0	37,5	55,0	5,0	9,0	100,0	85,5	25,0	45,0
Afastado/aposentado	72,9	68,8	75,0	66,8	75,0	65,6	54,2	51,4	97,5	89,7	81,3	73,6	50,0	51,3	100,0	91,1	50,0	52,4
Trabalhando	75,0	64,4	75,0	69,2	81,3	67,0	45,8	44,2	85,0	79,8	75,0	65,8	25,0	37,7	100,0	85,5	75,0	60,4
Valor de p	0,834		0,861		0,990		0,627		0,294		0,444		0,043		0,377		0,599	
Arranjo domiciliar ^(b)																		
Sozinho	83,3	76,1	81,2	76,7	75,0	71,7	50,0	46,8	100,0	89,0	75,0	73,8	20,0	39,2	100,0	94,0	75,0	65,4
Acompanhado	66,6	63,9	75,0	65,7	71,8	63,7	50,0	49,0	95,0	85,1	75,0	68,1	40,0	45,2	100,0	86,5	50,0	51,2
Valor de p	0,085		0,160		0,493		0,836		0,364		0,768		0,442		0,061		0,061	
Religião praticante ^(b)																		
Sim	81,3	70,4	75,0	73,2	75,0	73,2	41,7	46,3	100,0	86,7	75,0	70,4	30,0	38,8	100,0	89,3	75,0	58,8
Não	66,7	57,7	62,5	55,4	62,5	55,4	66,7	54,7	95,0	84,7	75,0	67,3	60,0	57,4	100,0	86,1	25,0	44,0
Valor de p	0,039		0,045		0,952		0,365		0,301		0,865		0,030		0,193		0,210	

Nota: *Md = mediana; M = média; ^(a) Teste de Kruskal-Wallis; ^(b) Teste de Mann-Whitney; SM- salário mínimo.

Tabela 5 – Distribuição dos escores do Questionário HAT-QoL, aplicado nas pessoas que vivem com HIV/aids de um ambulatório especializado (n = 81), segundo as variáveis clínicas, Passos, Minas Gerais, Brasil, 2014 - 2015

Variáveis Clínicas	Questionário HAT-QoL																	
	Função geral		Satisfação com vida		Preocupações com saúde		Preocupações financeiras		Preocupações com medicação		Aceitação do HIV		Preocupações com o sigilo		Confiança no profissional		Função sexual	
	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M	*Md	*M
Tempo de diagnóstico do HIV(anos) ^(a)																		
≤ 5	64,6	65,6	75,0	62,0	81,3	71,0	58,3	47,2	97,5	86,7	75,0	64,6	35,0	41,3	100,0	89,2	74,0	62,5
5,1 - 10	68,8	63,5	75,0	69,2	59,4	58,5	41,7	43,2	92,5	86,4	93,8	73,2	27,5	35,2	100,0	86,3	25,0	38,4
≥ 10,1	83,3	71,8	81,3	73,5	75,0	68,7	75,0	54,6	100,0	85,5	75,0	70,3	60,0	53,8	100,0	89,9	75,0	63,8
Valor de p	0,504		0,176		0,414		0,626		0,592		0,629		0,293		0,883		0,014	
Exposição HIV ^(a)																		
Sexual	68,7	64,7	75,0	64,5	71,4	61,0	25,0	36,7	90,0	78,9	75,0	64,6	35,0	39,3	100,0	89,9	62,5	57,4
Não sexual	50,0	57,5	56,3	55,4	50,0	56,6	33,3	48,8	80,0	75,5	50,0	61,2	40,0	43,1	97,0	70,7	99,0	69,0
Não sabem	83,3	74,5	99,0	79,2	75,0	59,3	66,7	57,7	85,0	72,9	99,0	78,7	40,0	45,9	98,0	87,8	87,5	73,1
Valor de p	0,087		0,006		0,844		0,006		0,159		0,167		0,581		0,004		0,096	
Efeitos adversos ^(b)																		
Não	79,1	69,0	75,0	69,9	75,0	65,8	50,0	48,7	100,0	87,6	75,0	70,0	40,0	43,4	100,0	90,2	75,0	57,9
Sim	54,1	53,3	62,5	58,7	87,5	65,6	33,3	46,6	67,5	75,5	81,2	66,2	30,0	45,0	87,5	75,8	25,0	33,7
Valor de p	0,037		0,466		0,821		0,971		0,018		0,958		0,873		0,046		0,098	
Interrupção da TARV ^(b)																		
Não	75,0	68,8	75,0	70,0	75,0	66,4	50,0	48,0	100,0	87,1	75,0	65,8	35,0	39,9	100,0	90,2	75,0	60,0
Sim	50,0	56,4	50,0	59,6	68,7	61,9	50,0	50,7	75,0	80,0	99,0	93,1	80,0	67,3	100,0	77,2	25,0	22,7
Valor de p	0,226		0,231		0,695		0,727		0,047		0,005		0,026		0,078		0,005	
Contagem TCD4+ (mm3/sangue) ^(b)																		
≤ 350	66,7	63,0	75,0	60,0	56,3	53,5	25,0	33,3	80,0	73,0	75,0	62,7	40,0	45,9	100,0	85,4	75,0	64,5
> 350	70,8	65,5	75,0	66,6	75,0	62,5	33,3	42,5	90,0	79,4	75,0	66,6	35,0	38,7	100,0	88,4	75,0	59,0
Valor de p	0,653		0,266		0,155		0,097		0,052		0,840		0,274		0,186		0,434	
Contagem carga viral (cópias/ml) ^(b)																		
< 50	83,3	68,8	81,3	71,7	75,0	66,8	54,2	50,8	100,0	86,6	75,0	67,6	40,0	43,4	100,0	89,5	75,0	57,8
≥ 50	66,7	60,8	62,5	57,0	75,0	62,1	25,0	39,7	90,0	84,4	99,0	77,2	40,0	44,7	100,0	84,8	25,0	44,1
Valor de p	0,196		0,031		0,667		0,313		0,181		0,166		0,879		0,155		0,259	
Internações/ HIV/aids ^(b)																		
Não	79,1	70,6	75,0	76,1	75,0	64,4	41,6	43,6	100,0	89,1	75,0	71,0	20,0	35,0	100,0	92,0	62,5	55,1
Sim	56,2	61,3	56,3	55,8	84,3	68,1	70,8	56,6	95,0	81,1	75,0	67,0	60,0	58,0	100,0	82,0	50,0	54,6
Valor de p	0,157		0,045		0,415		0,107		0,248		0,551		0,008		0,054		0,964	
Comorbidades ^(b)																		
Não	75,0	65,4	75,0	70,0	68,7	63,1	50,0	47,9	95,0	84,0	75,0	67,4	35,0	41,1	100,0	87,4	50,0	54,9
Sim	72,9	72,5	65,6	64,0	96,9	74,0	50,0	50,0	100,0	92,7	87,5	76,3	52,5	51,3	100,0	91,7	56,3	55,0
Valor de p	0,276		0,401		0,097		0,833		0,131		0,366		0,324		0,848		0,978	
Dependência nas AVD ^(b)																		
Não	75,0	69,3	75,0	69,8	75,0	67,5	50,0	49,4	100,0	86,1	75,0	68,7	40,0	42,5	100,0	88,4	62,5	56,5
Sim	25,0	25,0	43,7	43,7	28,1	34,4	12,5	29,2	85,0	86,3	99,0	87,5	80,0	65,0	100,0	89,6	12,5	25,0
Valor de p	0,001		0,083		0,038		0,293		0,577		0,283		0,293		0,992		0,122	
Uso de drogas ^(b)																		
Não	75,0	69,0	75,0	68,3	75,0	67,9	50,0	50,1	100,0	87,4	75,0	71,7	40,0	42,7	98,0	86,0	75,0	58,5
Sim	56,2	59,4	75,0	69,9	50,0	57,0	33,3	41,6	75,0	81,3	75,0	60,9	37,5	47,5	100,0	98,4	25,0	40,6
Valor de p	0,281		0,966		0,322		0,560		0,182		0,435		0,635		0,042		0,143	

Nota: *Md = mediana; M = média; ^(a) Teste de Kruskal-Wallis; ^(b) Teste de Mann-Whitney; TARV - terapia antirretroviral; TCD4+ - linfócitos T; AVD - atividades de vida diária.

DISCUSSÃO

As características encontradas nesta população foram semelhantes às de outros estudos nacionais e internacionais com o PVHA com idade igual ou superior a 50 anos, ou seja, com predominância de homens^(6-7,10) vivendo casados ou amasiados⁽⁷⁾, aposentados⁽⁶⁾, de baixa escolaridade e renda^(6-7,10), com tempo de diagnóstico de infecção do HIV a mais de 10 anos^(6,10), de exposição sexual⁽⁶⁾, contagem de CD4 superior a 350 mm³/sangue⁽⁶⁾ e ausência de internações por complicações do HIV/aids e presença de comorbidades⁽⁶⁻⁷⁾.

Os participantes deste estudo apresentaram os maiores escores médios dos domínios do HAT-QoL, os quais foram: “confiança no profissional” e “preocupação com a medicação”; e os menores escores nos domínios “preocupação financeira” e “preocupação com o sigilo”. Esses resultados foram semelhantes ao encontrado em outros estudos nacionais realizados em São Paulo⁽⁶⁾ e em João Pessoa (Paraíba)⁽⁹⁾, com pessoas que vivem com HIV/aids com idade igual ou superior a 50 anos que estavam em acompanhamento ambulatorial, e a outro estudo realizado com idosos na Suíça⁽¹⁰⁾, com pessoas de diversas idades que vivem com HIV/aids no Brasil⁽¹¹⁾.

A infecção pelo HIV pode acarretar muitos impactos na vida das pessoas. Assim, o enfrentamento de uma nova condição, somado com as dificuldades próprias que a condição sorológica apresenta à vida do indivíduo, tem sido um dos desafios enfrentados pelas pessoas que vivem com HIV/aids, em especial aquelas com idade igual ou superior a 50 anos^(1,6,10-11).

A relação dos melhores escores de qualidade de vida nos domínios apresentados podem estar ligados à atenção e ao respeito com que a equipe de saúde atendia os pacientes, favorecendo a confiança, o vínculo com o serviço e a adesão da terapia medicamentosa^(6,9,11). Uma vez que o não atendimento ou o comportamento excludente de profissionais de saúde com usuários que vivem com HIV/aids são apontados na literatura como barreiras, que podem impactar negativamente na vida dos indivíduos, favorecendo o rompimento com a unidade e a baixa adesão ao uso da TARV^(1,10,12).

A preocupação financeira, apontada pelos participantes, confirma resultados de outros estudos^(6,10), nos quais, as baixas rendas estão associadas negativamente com a avaliação da qualidade de vida, sendo uma barreira para a manutenção das necessidades básicas de moradia, alimentação, saúde, educação e transporte, o que compromete diretamente o estado geral de saúde das pessoas^(6,11).

A relação da baixa qualidade de vida e a preocupação com o sigilo identificada pode estar relacionada aos medos da não aceitação, de sentimentos de culpa e vergonha ligados à imagem negativa do HIV, o que pode impactar significativamente no aumento da ansiedade, da depressão e do desejo de morte de PVHA^(1,6,10-11).

Na análise das variáveis sociodemográficas e clínicas com o questionário de QV constatou-se que na variável “sexo”, a categoria “masculinos” apresentou os mais altos valores médios dos escores nos domínios “preocupações com a saúde” e “confiança profissional”. O que pode ser confirmado por outros estudos nacionais^(9,11), os quais evidenciam a importância da relação de confiança com o profissional de saúde para o

aumento na adesão ao seguimento clínico, em especial para homens acima de 50 anos.

Já na relação entre os sexos, observa-se que a baixa QV ligada a figura da mulher, também pode ser confirmada por outros estudos^(3,13), os quais evidenciam que a menor QV das mulheres está ligada à maior proporção destas em trabalhos domésticos e em ocupações não remuneradas, quando comparada aos homens, como também aos aspectos culturais e de gênero, que limitam a autonomia de mulheres à participação social^(3,13), além das diferenças marcadas pela repressão religiosa e a limitação do acesso ao lazer⁽⁵⁾.

Já em relação aos filhos, apesar do diagnóstico da infecção trazer o medo de interrupção dos projetos familiares impactando negativamente na QV de pais e mães, na África muitos indivíduos que possuem filhos aderem ao tratamento e enfrentam a doença, como tentativa de manter os projetos de vida ligados à paternidade e à maternidade mantendo assim, o papel de vida pública⁽¹⁴⁾.

Contudo, a presença de filhos pode gerar muitas inquietações futuras relacionadas com as preocupações com a saúde, o que, somado ao medo de não conseguir manter o emprego e a renda, tem impactado negativamente na QV de muitos pais e mães que vivem com HIV/aids⁽¹⁵⁾.

Quanto à variável “ocupação” com o domínio “preocupação com o sigilo”, observa-se que a condição de estar afastado ou aposentado, pode propiciar as pessoas bem-estar psicológico, pelo fato de não mais terem que voltar ao trabalho ou serem levadas a procurar novo emprego por causa do estresse e dos enfrentamentos relacionados com a divulgação de seu *status* de HIV aos seus empregadores e colegas⁽¹⁵⁾; e ainda, o recebimento de salário mensal além de propiciar o poder de compra de bens necessários, contribui com as despesas familiares e proporciona mais autonomia⁽⁶⁾.

Segundo a religião praticante, o aumento da QV nos domínios “função geral” e “satisfação com a vida”, podem ser relacionados ao papel da religião de ser fonte de apoio e esperança no enfrentamento de problemas⁽¹⁶⁾. Contudo, o risco de divulgação da condição diagnóstica pode reforçar o HIV como pecado, aumentando a responsabilidade pelos atos e a culpa pela infecção^(1,15). Acarretando o afastamento de muitas pessoas da participação religiosa, dificultando a relação com Deus, pelo sentimento de revolta com a condição sorológica, por acreditarem que a doença é um castigo divino^(4,17).

Para o tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, percebeu-se que o aumento do tempo de infecção pelo HIV estaria ligado ao aumento médio da QV, o que pode ser justificado pelo aumento da experiência de viver e de conviver com o HIV, uma vez que, embora pessoas vejam o HIV/aids como problema, com o tempo, a infecção passa a ser vista como situação de aprendizagem^(6,18), podendo não mais impactar negativamente nas relações afetivas e sexuais.

Em estudo transversal realizado no país, o menor tempo de diagnóstico da infecção esteve relacionado aos piores escores em todos os domínios de qualidade de vida⁽⁵⁾, sendo a passagem do tempo de diagnóstico da infecção necessária para o processo de conformação e aceitação da doença, assim como, das novas dinâmicas dos relacionamentos sociais⁽¹⁸⁾.

Quanto à exposição ao HIV, destaca-se o aumento do escore médio de QV relacionado com a exposição sexual no domínio “confiança profissional”, pode estar ligado à relação de confiança estabelecida entre o profissional de saúde e o paciente, de modo que o acolhimento profissional pode levar os usuários na busca espontânea pelas unidades de saúde, a fim de partilhar suas dúvidas e obter informações para manter hábitos de vida e até restabelecer parcerias sexuais⁽¹⁹⁾. Já os maiores valores do escore médio de qualidade de vida na categoria “não sabem ou desconhecem a exposição ao HIV”, podem estar ligados ao sentimento de vitimização, de modo que não conhecer a exposição ao HIV pode levar a diminuição do sentimento de culpa⁽²⁰⁻²¹⁾, “aliviando” o peso da infecção pelo HIV.

Na relação da variável efeito adverso com os domínios de qualidade de vida, destacou-se a categoria “não”, indicativa de ausência de efeitos adversos, o que corrobora com estudo prospectivo de coorte realizado em Uganda, em que os efeitos adversos influenciaram negativamente no tratamento, em especial em usuários de drogas, o que causava grande impacto na percepção de qualidade de vida das PVHA⁽²²⁾, podendo os efeitos adversos estar relacionados com alterações corporais, afetando o bem-estar psicossocial, a autoestima das pessoas e as atividades diárias⁽²³⁾.

Quanto à interrupção da TARV, os resultados significantes estiveram relacionados com o aumento da qualidade de vida ligado à adesão ao tratamento, o que confirma estudo transversal realizado na China, o qual, além da relação positiva com o uso dos antirretrovirais, identificou que a QV pouco se relacionava com a duração do tratamento, mas muito com o fato de as pessoas aceitarem e manterem a adesão ao mesmo⁽²⁴⁾. Já em relação à não adesão ao tratamento, percebeu-se que a QV estava ligada ao medo da revelação diagnóstica para outras pessoas e às dificuldades de aceitação da nova condição, sendo a não adesão a terapia vista como uma alternativa importante de manutenção do sigilo⁽²⁵⁾.

A carga viral indetectável também esteve relacionada ao aumento médio da QV, o que pode ser justificado pela relação direta deste indicador com a inexistência de infecções secundárias, de diminuição das internações e de melhora do estado geral de saúde das pessoas, impactando inclusive na queda de internações relacionadas ao HIV/aids^(5,22).

Assim, apesar da melhora dos pacientes estar relacionada com a diminuição das internações, existem casos em que a hospitalização, mesmo aumentando a exposição do diagnóstico dos pacientes, pode levar ao aumento da QV, por estar ligada ao tratamento especializado de pessoas com histórico de baixa imunidade, com infecções oportunistas, com intolerância medicamentosa, com alterações cardiovasculares, com insuficiência hepática e com distúrbios neurológicos, como mostrado em estudo de coorte, multicêntrico realizado no Brasil e França⁽²⁶⁾.

Segundo a dependência das atividades de vida diária com

a QV, percebe-se que a melhor satisfação dos participantes vem da ausência de dependência para a realização das atividades de vida diária, o que corrobora estudo nacional de método transversal desenvolvido em ambulatório de infectologia de hospital universitário, no qual as médias mais baixas dos domínios de QV estavam relacionadas às alterações na mobilidade, à dependência de medicação e ao tratamento, à aptidão para o trabalho, que, relacionadas com a doença, estavam diretamente ligadas às atividades de vida diária⁽¹⁵⁾.

Quanto ao uso de drogas, constatou-se que o uso da mesma esteve ligado ao aumento da QV, com maiores valores de média e mediana no domínio confiança profissional. Tal relação, apesar de muito associada com a baixa adesão ao tratamento, pelo medo da toxicidade, e ao aumento dos efeitos adversos da TARV⁽²⁴⁾, neste estudo, pode estar ligado ao aumento do vínculo dos usuários com o serviço de saúde; de modo que, para estimular a adesão ao tratamento com antirretrovirais, muitos profissionais de saúde que assistem estas pessoas, envolvem as famílias no tratamento dos respectivos usuários, oferecem suporte social e psicológico para estas pessoas⁽²⁷⁾, o que fortalece o vínculo familiar e pode justificar o aumento da QV relacionado à confiança profissional.

Limitações do estudo

Quanto ao desenvolvimento deste estudo, percebe-se que como fator limitante tem-se a seleção dos participantes, embora os mesmos façam parte de uma amostra de conveniência, o estudo envolveu todas as PVHA, com idade igual ou superior a 50 anos que estavam em tratamento ambulatorial.

Contribuições para a área da enfermagem, saúde ou política pública

Assim, os resultados encontrados e estudos desta natureza, além da possibilidade de sensibilizar os profissionais de saúde ligados diretamente ao atendimento de PVHA, poderão subsidiar intervenções de assistência em saúde que ajudarão na melhora da QV nos diferentes segmentos de pessoas que vivem com HIV/aids, impactando positivamente na melhora da adesão a TARV.

CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo sugerem que a qualidade de vida tem relação direta ao perfil sociodemográfico e clínico de PVHA, relacionada não apenas com as mudanças físicas, mas com as angústias e o estigma relacionado ao HIV/aids.

Os resultados apresentados retratam a realidade da população estudada, devido a escassez de estudos desta natureza na literatura nacional, são desejáveis mais estudos que investiguem a qualidade de vida em idosos vivendo com HIV/aids em diversos contextos sociais.

REFERÊNCIAS

1. United Nations. Joint United Nations Program on HIV/AIDS. The Gap Report: a special supplement to the UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2014 [Internet]. Geneva, Switzerland: ONU; 2016 [cited 2017 Jun 23]. Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Gap_report_en.pdf

2. Domingues CS, Waldman EA. Causes of death among people living with SIDA in the pre-and pos-HAART eras in the city of São Paulo, Brazil. *PLoS ONE* [Internet]. 2014[cited 2017 Jun 23];9(12):1-16. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4263674/pdf/pone.0114661.pdf>
3. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the State of São Paulo. *Rev Esc Enferm USP* [Internet]. 2011[cited 2017 Jun 23];45(1):230-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/reeusp/v45n1/en_32.pdf
4. Oliveira FBM, Moura MEB, Araújo TME, Andrade EMLR. Quality of life and associated factors in people living with HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];28(6):510-6. Available from: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n6/en_1982-0194-ape-28-06-0510.pdf
5. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Quality of life of people living with HIV/AIDS and its relationship with CD4+ lymphocytes, viral load and time of diagnosis. *Rev Bras Epidemiol* [Internet]. 2012[cited 2017 Jun 23];15(1):75-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbepid/v15n1/07.pdf>
6. Okuno MFP, Gomes AC, Meazzini L, Scherrer Jr J, Belasco Jr D, Belasco AGS. Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2014[cited 2017 Jun 23];30(7):1551-9. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v30n7/0102-311X-csp-30-7-1551.pdf>
7. Lopes PSD, Silva MMG, Torres IC, Stadnik CMB. Qualidade de vida dos pacientes HIV positivo com mais de 50 anos. *Rev AMRIGS* [Internet]. 2011[cited 2017 Jun 23];55(4):356-60. Available from: <http://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-835384?lang=es>
8. Soares PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em Aids no Brasil. *Rev Panam Salud Publica* [Internet]. 2009[cited 2017 Jun 23];25(1):69-76. Available from: <http://iris.paho.org/xmlui/handle/123456789/9886>
9. Souza JCF, Silva ACO, Leadebal ODCP, Freitas FFQ, Holmes ES, Albuquerque SGE, et al. Quality of Life Evaluation of Elderly People Living with HIV/AIDS According to HAT-QoL. *Int Arch Med: Epidemiol* [Internet]. 2016[cited 2017 Jun 23];9(37). Available from: <http://imed.pub/ojs/index.php/iam/article/view/1499>
10. Nideröst S, Imhof C. HIV aging in the age of antiretroviral treatment: living conditions and quality of life of people over 50 living with HIV / AIDS in Switzerland. *Gerontol Geriatr Med* [Internet]. 2016[cited 2017 Jun 23];2:2333721416636300. Available from: https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC5119792/pdf/10.1177_2333721416636300.pdf
11. Soares GB, Garbin CAS, Rovida TAS, Garbin AJL. Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. *Ciênc Saúde Colet* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];20(4):1075-84. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csc/v20n4/1413-8123-csc-20-04-01075.pdf>
12. Varaz-Díaz N, Neilands TB, Cintrón-Bou F, Santos-Figueroa A, Rodríguez-Madera S, Santiago-Negrón S. The Role of Gender on HIV/AIDS Stigma among Medical Students in Puerto Rico: implications for training and service delivery. *Pto Rico Health Sci J* [Internet]. 2012[cited 2017 Jun 23];31(4):220-2. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4140944/pdf/nihms605477.pdf>
13. Costa FM, Souza IC, Ribeiro ZS, Santos JAD, Carneiro JA. Mulheres vivendo com HIV/AIDS: avaliação da qualidade de vida. *Rev Saúde Pesq* [Internet]. 2014 [cited 2017 Jun 23];7(3):503-13. Available from: <http://periodicos.unicesumar.edu.br/index.php/saudpesq/article/view/3667/2493>
14. Hipolito RL, Oliveira DC, Gomes AMT, Costa TL. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/aids no papel do tempo de diagnóstico. *Rev Enferm UERJ* [Internet]. 2014[cited 2017 Jun 23];22(6):803-09. Available from: <http://www.e-publicacoes.uerj.br/index.php/enfermagemuerj/article/view/12840/12243>
15. Cunha GH, Fiuza MLT, Gir E, Aquino PS, Pinheiro AKB, Galvão MTG. Quality of life of men with AIDS and the model of social determinants of health. *Rev Latino-Am Enfermagem* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];23(2):183-91. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rlae/v23n2/0104-1169-rlae-23-02-00183.pdf>
16. Silva JB, Cardoso GCP, Netto AR, Kritski AL. Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. *Physis Rev Saúde Colet* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];25(1):209-29. Available from: <http://www.scielo.org/pdf/physis/v25n1/0103-7331-physis-25-01-00209.pdf>
17. Alvarenga WA, Silva MR, Nascimento LC, Wernet M, Oliveira FFD, Dupas G. Experience of family members providing care for HIV-exposed children: beginning of the trajectory. *Rev Gaúcha Enferm* [Internet]. 2014[cited 2017 Jun 23];35(3):68-74. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rgenf/v35n3/1983-1447-rgenf-35-03-00068.pdf>
18. Reis CBS, Araújo MAL, Andrade RFV, Miranda AEB. Prevalence and factors associated with paternity intention among men living with HIV/AIDS in Fortaleza, Ceará. *Texto Contexto Enferm* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];24(4):1053-60. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/tce/v24n4/0104-0707-tce-201500003560014.pdf>
19. Mora C, Monteiro S, Moreira COF. Formação, práticas e trajetórias de aconselhadores de centros de testagem anti-HIV do Rio de Janeiro, Brasil. *Interface* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];19(55):1145-56. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/icse/2015nahead/1807-5762-icse-1807-576220140609.pdf>

20. Schaefer AS, Garcia CV, Rezende DS, Martins DA, Cruz KR, Scherer EF. Mudanças que ocorrem na vida da mulher portadora do HIV/AIDS após o diagnóstico. *Interdisciplinar: Rev Eletrôn Univar* [Internet]. 2013[cited 2017 Jun 23];1(9):14-6. Available from: <http://www.univar.edu.br/revista/index.php/interdisciplinar/article/view/47/38>
 21. Sousa LMS, Silva LS, Palmeira AT. Representações Sociais de caminhoneiros de rota Curta Sobre HIV / AIDS. *Rev Psicol Soc* [Internet]. 2014[cited 2017 Jun 23];26(2):346-55. Available from: <http://www.redalyc.org/html/3093/309331732011/>
 22. Mutabazi-Mwesigire D, Katamba A, Martin F, Seeley J, Wu AW. Factors affecting the quality of life among people living with HIV Attending an urban clinic in Uganda: a cohort study. *PLoS ONE* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];10(6):e0126810. Available from: <http://journals.plos.org/plosone/article?id=10.1371/journal.pone.0126810>
 23. Passos SMK, Souza LDM. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cad Saúde Pública* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];31(4):800-14. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/csp/v31n4/0102-311X-csp-31-04-00800.pdf>
 24. Liping M, Peng X, Haijiang L, Lahong J, Fan L. Quality of life of people living with HIV/AIDS. A cross-sectional study in Zhejiang Province, China. *PLoS ONE* [Internet]. 2015[cited 2017 Jun 23];10(8):e0135705. Available from: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4550400/>
 25. Pacheco BP, Gomes GC, Xavier DM, Nobre CMG, Aquino DR. Dificuldades e facilidades da família para cuidar a criança com HIV/Aids. *Esc Anna Nery Rev Enferm* [Internet]. 2016[cited 2017 Jun 23];20(2):378-83. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/ean/v20n2/1414-8145-ean-20-02-0378.pdf>
 26. Luz PM, Bruyand M, Ribeiro S, Bonnet F, Moreira RI, Hessamfar M, et al. Severe morbidity AIDS and non-AIDS associated hospitalizations among HIV-infected patients in two regions with universal access to care and antiretroviral therapy, France and Brazil, 2000-2008: hospital-based cohort studies. *BMC Infect Dis* [Internet]. 2014[cited 2017 Jun 23];14(278). Available from: <http://bmcinfectdis.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2334-14-278>
 27. Lourdes BP, Costa PHA, Ronzani TM. As redes sociais no cuidado aos usuários de drogas: revisão sistemática. *Psicol Estud* [Internet]. 2016[cited 2017 Jun 23];21(1):29-39. Available from: <http://periodicos.uem.br/ojs/index.php/PsicolEstud/article/view/28489/pdf>
-