



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM**  
**DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM**

**VANESSA DA FROTA SANTOS**

**INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL NA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E NA  
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

**FORTALEZA**

**2015**

**VANESSA DA FROTA SANTOS**

**INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL NA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E NA  
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Área Temática: Cuidado em saúde em HIV/aids e doenças associadas

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Teresinha Gimenez Galvão

Coorientadora: Prof<sup>a</sup> Dr<sup>a</sup> Gilmara Holanda da Cunha

**FORTALEZA**

**2015**

Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

---

S239i Santos, Vanessa da Frota.

Influência do álcool na adesão à terapia antirretroviral e na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. / Vanessa da Frota Santos. – 2015.

85 f.: il. color., enc.; 30 cm.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.

Área de Concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

Co-Orientação: Profa. Dra. Gilmara Holanda da Cunha.

1. HIV. 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 3. Alcoolismo. 4. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. 5. Qualidade de Vida. I. Título.

---

CDD 616.9792

**VANESSA DA FROTA SANTOS**

**INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL NA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E NA  
QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Aprovada em: 14/ 12 / 2015

**BANCA EXAMINADORA**

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Marli Teresinha Gimeniz Galvão – Orientadora  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof<sup>ª</sup>Dr<sup>ª</sup> Gilmara Holanda da Cunha - Coorientadora  
Universidade Federal do Ceará – UFC

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Maria Lúcia Duarte Pereira  
Universidade Estadual do Ceará - UECE

---

Prof<sup>ª</sup> Dr<sup>ª</sup> Carolina Maria de Lima Carvalho  
Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira – UNILAB

Aos meus pais, Carlos e Maria.

## **AGRADECIMENTOS**

Agradeço a Deus pela conclusão do curso de mestrado, por ter me dado forças para enfrentar as dificuldades ao longo desses dois anos e nunca ter me deixado desistir.

A Nossa Senhora, que me ajudou infinitas vezes nos momentos de dificuldade, mediante a oração.

Aos meus pais, Carlos e Maria, pelo amor, carinho e dedicação, além do incentivo constante para que sempre estudasse e buscasse alcançar todos meus objetivos. Obrigada pelo imenso amor e cuidado.

A Kátia, minha querida irmã, pelo seu amor, paciência, compreensão e apoio em todas as decisões da minha vida. Além do constante apoio, incentivo e orientação diante das inúmeras escolhas e dúvidas.

A Márcia, minha irmã, pelo carinho e atenção durante essa jornada, onde sempre vibrava com minhas conquistas.

Ao Rafael, pela sua compreensão, paciência e companheirismo diante dos meus momentos de aflição. Obrigada pelo carinho e zelo que tens por mim.

A Nathália Pedrosa, amiga de sala, a qual me ajudou desde o primeiro dia que ingressei no curso, auxiliando-me diante das minhas inúmeras limitações, com ela aprendi muito e só tenho a agradecer.

A professora Marli, minha orientadora, que me recebeu de braços abertos no grupo e me aceitou mesmo com minha pouca disponibilidade em virtude do meu trabalho.

A Gilmaria Holanda, minha co-orientadora, que me ajudou bastante nessa reta final sempre me dizendo que tudo ia dar certo.

Aos integrantes do Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas (NE) do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pela ajuda na colheita de dados e pelo aprendizado compartilhado.

Às Pessoas com HIV/aids atendidas no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará por contribuírem como objeto de estudo desta pesquisa.

Às professoras doutoras Maria Lúcia Duarte Pereira e Carolina Maria de Lima Carvalho por aceitarem participar como membros da minha banca de mestrado, bem como pelas suas contribuições para a versão final dessa dissertação.

*" O mundo está nas mãos daqueles que têm coragem  
de sonhar e de correr o risco de viver seus sonhos"*

*Paulo Coelho*



## RESUMO

O propósito do estudo foi analisar a influência do álcool na adesão à Terapia Antirretroviral (TARV) e na Qualidade de Vida (QV) de Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA). Trata-se de um estudo transversal, desenvolvido no ambulatório de doenças infecciosas do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). A amostra foi composta por 114 PVHA, de ambos os sexos, com idade  $\geq 18$  anos, em uso de TARV há mais de dois meses. Entrevista estruturada avaliou a caracterização Sociodemográfica e Clínica. Para avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas com HIV/aids foi utilizado o WHOQOL-HIV Bref, também foram utilizados o Teste para avaliar o modo de consumo alcoólico (AUDIT) e o Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH). Na análise estatística usaram-se os testes: Mann-Whitney, *Odds Ratio* e Fisher. Razão de prevalência, média, desvio padrão, mediana, valores mínimos e máximos foram calculados quando necessário. Considerou-se estatisticamente significativo o valor de  $P < 0,05$ . Utilizou-se o *software Statistical Package for the Social Science* (SPSS) versão 20.0 para as análises. Resultados mostram que a maioria dos pacientes era do sexo masculino (54,3%), seguido por pardos (53,5%), com escolaridade até o nível médio completo (61,4%), casados/com parceiros (45,6%), empregado (52,6%), com religião (92,9%), com intervalo de idade de 18-39 anos (48,2%). Predominou a exposição heterossexual (74,5%), e 50,8% moravam com parceiro. O antirretroviral mais utilizado foi a lamivudina (85,9%). Entre eles havia 55,2% sem histórico de uso de álcool, e outras drogas ilícitas (80,7%). A maioria (89,4%) com baixo risco para o uso do álcool. Entre os pacientes com alto risco para o consumo do álcool (10,5%) observou-se relação significativa com histórico anterior do uso de álcool (*Odds Ratio*: 4,29;  $p$ -valor: 0,03) e sem histórico de uso de drogas ilícitas (*Odds Ratio*: 3,57;  $p$ -valor: 0,04). Em relação à adesão à TARV, 63,1% dos pacientes apresentaram adequada/boa adesão, não foram encontrados valores significativos entre uso do álcool e adesão à TARV. Encontrou-se prejuízo nas QV pelos domínios: Nível de Independência (15,0) e Meio Ambiente (15,0). PVHA com alto risco para o consumo do álcool apresentam menores escores nos domínios Físico ( $p = 0,01$ ) e Relação Social ( $p = 0,01$ ). Não houve relação estatística entre as escalas de AUDIT e CEAT-VIH. Conclui-se que o uso de alto risco de álcool em PVHA interfere negativamente na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** HIV. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. Alcoolismo. Qualidade de Vida. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Promoção da Saúde. Enfermagem.

## ABSTRACT

The purpose of the study was to analyze the influence of alcohol on adherence to antiretroviral therapy and quality of life of people living with HIV / AIDS (PLWHA). It is a cross-sectional study, developed in the clinic of infectious diseases at the University Hospital Walter Cantídio (HUWC) of the Federal University of Ceará (UFC). The sample consisted of 114 PLWHA, of both sexes, aged  $\geq 18$  years in use of antiretroviral therapy for more than two months. Structured interview evaluated the sociodemographic characteristics and clinic. To evaluate the quality of People Living with HIV / AIDS was used the WHOQOL-HIV BREF, they have also used the test to evaluate the alcohol consumption mode (AUDIT) and the Questionnaire for the Assessment of Adherence to Antiretroviral Treatment (CEAT-VIH). Statistical analysis is used the tests: Mann-Whitney, Odds Ratio and Fisher. Prevalence ratio, mean, standard deviation, median, minimum and maximum values were calculated when needed. It was considered statistically significant P value  $<0,05$ . The *software Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS) version 20.0 for analysis. Results show, most patients were male (54.3%), brown (53.5%), with up to complete high level (61.4%), married / with partner (45.6%), employed (52.6%), and religion (92.9%) with mean age of 18-39 years (48.2%). Predominant heterosexual exposure (74.5%), and 50.8% lived with a partner. The most commonly used antiretroviral was a lamivudina (85.9%). Among them was 55.2% with no history of alcohol and other illicit drugs (80.7%). Most (89.4%) with low risk for alcohol use. Among patients at high risk for alcohol consumption (10.5%) there was significant compared with previous history of alcohol use (*Odds Ratio*: 4.29; p-value: 0.03) and no history of illegal drugs (*Odds Ratio*: 3.57; p-value: 0.04) .In relation to adherence to ART, 63.1% of patients had adequate / good adhesion, were not found significant amounts of alcohol and adherence to ART. He was found impairment in quality of life by areas: Independence level (15.0) and Environment (15.0). PLWHA at high risk for alcohol consumption have lower scores on Physical domains (p = 0.01) and social relations (p = 0.01). We conclude that the use of high risk PLWHA negative impact on the Quality of Life.

**Key-words:** HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Alcoholism. Quality of Life. Antiretroviral Therapy Highly Active. Health Promotion. Nursing.

## LISTA DE ABREVIATURA E SIGLAS

<b>Aids</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>AUDIT</b>	<i>Alcohol Use Disorders Identification Test</i>
<b>CEAT-VIH</b>	Escala de avaliação da adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids
<b>CINAHL</b>	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
<b>Decs</b>	Descritores em Ciências da Saúde
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>HIV</b>	Vírus da Imunodeficiência Humana
<b>HPV</b>	PapilomaVírus Humano
<b>HSH</b>	Homens que fazem Sexo com Homens
<b>HUWC</b>	Hospital Universitário Walter Cantídio
<b>IC 95%</b>	Intervalo de Confiança de 95%
<b>IST</b>	Infecções Sexualmente Transmissíveis
<b>LILACS</b>	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
<b>MEDLINE</b>	<i>Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
<b>MeSH</b>	<i>Medical Subject Headings</i>
<b>MI</b>	Mililitro
<b>mm<sup>3</sup></b>	Milímetros cúbicos
<b>MS</b>	Ministério da Saúde
<b>NEAIDS</b>	Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PBE</b>	Prática Baseada em Evidência
<b>PVHA</b>	Pessoas Vivendo com HIV/aids
<b>QV</b>	Qualidade de Vida
<b>SciELO</b>	<i>Scientific Eletronic Library Online</i>
<b>SICLOM</b>	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social and Science</i>
<b>SUS</b>	Sistema Único de Saúde
<b>TARV</b>	Terapia Antirretroviral
<b>TCLE</b>	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
<b>UFC</b>	Universidade Federal do Ceará

**WHOQOL** *World Health Organization Quality of Life*  
**WHOQOL-HIV** Instrumento para Avaliação da Qualidade de Vida de Pessoas com  
**Bref** HIV/aids abreviado

## LISTA DE QUADROS

<b>Quadro 1</b> - Caracterização dos artigos selecionados quanto ao país de publicação e autoria. Fortaleza, Ceará, 2015.....	21
<b>Quadro 2</b> - Caracterização dos artigos selecionados quanto ao nível de evidência e autoria. Fortaleza, Ceará, 2015.....	22
<b>Quadro 3</b> - Domínios e itens da WHOQOL-HIV Bref.....	34

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 1 -</b>	Características Sociodemográficas das 114 PVHA. Fortaleza, Ceará, 2015.....	38
<b>Tabela 2 -</b>	Características sociodemográficas das 114 PVHA. Fortaleza, Ceará, 2015.....	40
<b>Tabela 3 -</b>	Distribuição dos pacientes vivendo com HIV/aids de acordo com as questões e os escores recebidos do AUDIT. Fortaleza, Ceará, 2015.....	41
<b>Tabela 4 -</b>	Escore classificação, análise das médias, desvio padrão dos grupos segundo o uso do álcool pelo AUDIT das 114 PVHA. Fortaleza, Ceará, 2015.....	42
<b>Tabela 5 -</b>	Associação entre os escores do AUDIT e características Sociodemográficas das 114 PVHA em uso de TARV. Fortaleza, Ceará, 2015.....	43
<b>Tabela 6 -</b>	Associação entre os escores do AUDIT e os dados clínicos-epidemiológicos das 114 PVHA em uso de TARV. Fortaleza, Ceará, 2015.....	44
<b>Tabela 7 -</b>	Distribuição das 114 PVHA segundo os escores de adesão a TARV medido pela CEAT-VIH. Fortaleza, Ceará, 2015.....	45
<b>Tabela 8 -</b>	Distribuição dos escores dos AUDIT, segundo a classificação de adesão segundo CEAT-VIH em PVHA (N=114). Fortaleza, Ceará, 2015.....	45
<b>Tabela 9 -</b>	Distribuição dos escores por domínio do WHOQOL-HIV Bref das 114 PVHA. Fortaleza, Ceará, 2015.....	46
<b>Tabela 10 -</b>	Coeficiente de correlação entre os Domínios do WHOQOL HIV Bref e a escala de AUDIT (N=114), Fortaleza, Ceará, 2015.....	47
<b>Tabela 11 -</b>	Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL HIV Bref, segundo a classificação de risco do AUDIT em pessoas vivendo com HIV/aids (N=114). Fortaleza, Ceará, 2015.....	48

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>REVISÃO DE LITERATURA.....</b>	<b>20</b>
	2.1 Efeitos do Álcool na Adesão à Terapia Antirretroviral.....	23
	2.2 Efeitos do Álcool no Organismo das Pessoas com HIV/aids.....	24
	2.3 Aumento do Risco de Transmissão do HIV.....	25
	2.4 Aumento da Progressão da Doença.....	25
<b>3</b>	<b>OBJETIVOS.....</b>	<b>27</b>
<b>4</b>	<b>MÉTODO.....</b>	<b>28</b>
4.1	Tipo de estudo.....	28
4.2	Local do estudo.....	28
4.3	População e amostra.....	29
4.4	Critérios de Inclusão e Exclusão.....	29
4.5	Desenho do estudo.....	30
4.6	Instrumento de coleta de dados.....	30
4.7	Hipóteses.....	35
4.8	Análise dos dados.....	36
4.9	Aspectos éticos e legais.....	36
<b>5</b>	<b>RESULTADOS.....</b>	<b>37</b>
5.1	Caracterização sociodemográfica e clínico-epidemiológica.....	37
5.2	Avaliação do padrão de uso do álcool em pessoas vivendo com HIV/aids, segundo AUDIT e as variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas.....	41
5.3	Associação entre o uso de álcool e a adesão à terapia antirretroviral.....	45
5.4	Análise da qualidade de vida em pessoas que vivem co HIV/aids.....	46
5.5	Avaliação do efeito do álcool na qualidade de vida .....	47
<b>6</b>	<b>DISCUSSÃO.....</b>	<b>49</b>
<b>7</b>	<b>CONCLUSÃO.....</b>	<b>63</b>
	<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>65</b>
	<b>APÊNDICES</b>	
	APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido-TCLE	75
	<b>ANEXOS</b>	
	ANEXO A – Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica de saúde	77
	ANEXO B - Teste para identificação de problemas relacionados ao uso de álcool- AUDIT	80
	ANEXO C – Questionário para avaliação da adesão à terapia antirretroviral (CEAT-VIH)	82
	ANEXO D - Questionário para avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-HIV Bref)	84
	ANEXO E – Apreciação do Comitê de Ética em Pesquisa	86

## 1 INTRODUÇÃO

Com os avanços na área da saúde, observa-se que houve redução na detecção de casos de aids na população, sendo a menor taxa nos últimos doze anos comparado com o início da epidemia (BRASIL, 2015). Mas em contrapartida, houve o aumento do consumo de substâncias que causam dependência, nessa população, destacando-se o álcool como sendo a forma mais comum de uso de drogas, com uma frequência que varia de 8% a 32%, tornando-se um sério problema de saúde, em função das repercussões sociais, econômicas e psicológicas (MOLINA; BAGBY; NELSON, 2014; REGO, REGO, 2010).

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é tida pelo Ministério da Saúde (MS) como uma doença emergente, de caráter pandêmico, que acomete inúmeros indivíduos, sendo considerada sem cura, até o momento, apesar dos grandes avanços tecnológicos das últimas décadas (FIUZA, 2012). A aids acarreta inúmeros problemas, envolvendo aspectos psicológicos, sociais, orgânicos, econômicos, inclusive governamentais, os quais causam impacto na economia do país e também na expectativa de vida da população, sendo os países em desenvolvimento os mais severamente atingidos, como é o caso do Brasil (BRAMBATTI, 2007).

No Brasil, os dados mostraram aproximadamente 781 mil Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) até o ano de 2014, sendo a taxa de prevalência de 0,39% na população em geral. Nos últimos cinco anos, no país, tem-se registrado uma média de 40,6 mil casos de aids, tendo apresentado estabilização em relação a taxa de detecção, com uma média de 20,5 casos para cada 100.000 habitantes. Em relação à distribuição proporcional dos casos, tem-se uma concentração maior na região Sudeste e Sul do país, correspondendo a 53,8% e 20,0% do total de casos identificados desde 1980 até 2015, respectivamente. Já as regiões Nordeste, Centro-Oeste e Norte correspondem a 14,6%, 5,9% e 5,7% do total de casos, respectivamente (BRASIL, 2015).

Até 2015, foram registrados no Brasil 798.366 casos de aids, sendo 519.183 (65%) casos de aids na população masculina e 278.960 (35%) casos na população feminina. No período de 1980 a 2008 houve aumento no número de mulheres com aids, o que culminou com a redução da razão entre os sexos, chegando a 15 casos em homens para cada 10 mulheres, no referido ano. A partir de 2009, observou-se redução do número de mulheres e o aumento de homens acometidos pela doença, fato que influenciou na proporção entre os sexos



que passou a ser de 18 casos de aids em homens para cada 10 casos em mulheres, no ano de 2014. A razão entre os sexos apresenta diferenças regionais, sendo nas regiões Norte e Nordeste a razão em média de 19 casos em homens para cada 10 casos em mulheres. Nos últimos anos, o perfil etário da aids mudou para o público mais jovem, a faixa etária mais acometida encontra-se entre aqueles com 25 a 39 anos em ambos os sexos. Mas é observada uma tendência de aumento entre a população de 15 a 24 anos e uma redução entre aqueles com 35 a 39 anos e 40 a 44 anos (BRASIL, 2015).

Com a utilização da Terapia Antirretroviral (TARV) houve redução significativa na morbidade e mortalidade associada ao HIV, tornando-se uma doença crônica. Fato que acarretou o aumento da perspectiva de vida dessa população acometida pelo vírus e a suscetibilidade à aquisição de hábitos de riscos, como o consumo de álcool, que tende a ser mais prevalente em PVHA quando comparado com a população em geral (LUO *et al.*, 2013; MOLINA; BAGBY; NELSON, 2014). Estima-se que cerca de 44% desses pacientes têm distúrbios com uso de álcool e outras drogas, valor maior que a população em geral (ORWAT *et al.*, 2011).

O uso de álcool está relacionado ao aumento da morbidade e mortalidade, além do pior prognóstico de PVHA, pois está associado ao comportamento sexual de alto risco, a aceleração da progressão da doença, mostrando declínio nas células TCD4+ e aumento da carga viral (HUIS IN 'T VELD *et al.*, 2012). O uso de álcool também pode estar associado com a propagação da infecção pelo HIV. Essa situação de risco deve-se ao fato de pessoas alcoolizadas estarem mais propensas a manterem relações sexuais desprotegidas, favorecendo a transmissão do vírus (SCHWITTERS *et al.*, 2015; TRAN *et al.*, 2014).

O uso do álcool por parte das PVHA se associa a efeitos negativos, tais como a baixa adesão à TARV, atividade sexual de risco e efeitos fisiológicos multissistêmicos no organismo (EDELMAN; TETRAULT; FIELLIN, 2014; KEKWALETSWE; MOROJELE, 2014). O uso dessa substância parece atuar como um consolo para as pessoas com HIV/aids para aliviar o estresse, mas que posteriormente pode afetar o estado de saúde mental desta população (SUN *et al.*, 2013).

O álcool tem forte relação com a não adesão à TARV, podendo afetar no acesso, na adesão e na resposta à terapia medicamentosa. Muitos indivíduos em TARV que fazem uso concomitante de álcool não alcançam 95% da adesão. Conseqüentemente, não alcançam a supressão viral completa e são mais suscetíveis à resistência viral (CHIBANDA *et al.*, 2014; MOLINA; BAGBY; NELSON, 2014). Estudo observou que PVHA e que ainda não faziam

uso de TARV apresentaram maiores índices de consumo alcoólico quando comparado aos que já haviam iniciado o tratamento. Ademais, nos pacientes que já faziam uso da medicação a não adesão foi bem maior nos que faziam consumo de álcool e que eram considerados bebedores de risco, ou seja, apresentavam consumo de álcool excessivo, quando comparado aos que não tinham essa prática (TRAN *et al.*, 2014).

Além disso, o uso abusivo de álcool e outras drogas podem influenciar significativamente de forma negativa na Qualidade de Vida (QV) desses pacientes. A QV é um termo amplo que abrange inúmeros aspectos, sendo difícil de ser definida, visto que tem inúmeras dimensões e abrange diversos aspectos como o físico, emocional, psicológico e social. É um termo que varia de indivíduo para indivíduo, que depende do seu estado de saúde, ou seja, um conceito subjetivo. É um produto de interação de diferentes áreas da vida do ser humano (ORLANDI, 2011; RAZERA, 2007).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) traz como definição: “a percepção do indivíduo de sua posição na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (The WHOQOL Group, 1995 em FLECK, 2000). Ou seja, relaciona-se às experiências individuais em um dado momento da vida do indivíduo. Pode ser considerada como um valor atribuído à vida que pode ser interferido por prejuízos relacionados à doença, dano, tratamento ou política de saúde. A percepção do indivíduo em relação a sua condição de vida, no seu contexto cultural, relacionado aos seus objetivos, expectativas, crenças, dentre outros fatores (BRAMBATTI, 2007).

Assim, a QV é uma expressão subjetiva que abrange diversos domínios, social, meio ambiente e espiritual, os quais podem ser influenciados negativamente por fatores comportamentais como o uso de álcool (MUTABAZI-MWESIGIRE *et al.*, 2015; TRAN *et al.*, 2014).

Diante do exposto, percebe-se que o álcool pode acarretar efeitos deletérios à saúde de PVHA, estando relacionado ao pior prognóstico e ao conseqüente aumento da morbidade e mortalidade desses pacientes. Diante disso, fazem-se necessárias estratégias de prevenção e de promoção saúde que busquem a redução de danos, mediante a sensibilização dessa população em relação aos riscos a que estão expostos, com vistas a melhorar sua qualidade de vida e a promover sua saúde.

Promoção da saúde é um processo de capacitação dos indivíduos e da coletividade para atuarem de forma independente na melhoria da sua QV e sobre o controle dos determinantes de saúde de forma direta e participativa, não sendo de responsabilidade

exclusiva do setor saúde, mas de todos os setores envolvidos nesse processo, objetivando o bem-estar global do indivíduo (BRASIL, 2002).

O interesse da autora pelo tema fundamenta-se na sua experiência acadêmica, desde a graduação, a partir da colaboração com o Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas (NEAIDS), vinculado ao Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará (UFC), onde destacam-se pesquisas realizadas com enfoque nas PVHA.

Em busca na literatura sobre os efeitos do consumo de álcool em PVHA, observou-se que tal substância pode influenciar na redução da adesão à TARV, em transtornos neurocognitivos com degradação de células cerebrais, no déficit nutricional, em alterações no sistema imune e no aumento à suscetibilidade a doenças infecciosas, na aquisição de comportamentos sexuais de risco além de influenciar negativamente na QV desses indivíduos (ZARH *et al.*, 2014; MÍGUEZ-BURBANO *et al.*, 2014; SHUPER *et al.*, 2010; HAHN; SAMET, 2010; PFEFFERBAUM *et al.*, 2007).

Estudo tem mostrado ligação causal entre HIV e álcool, onde a prevalência de HIV é consideravelmente maior em adultos que têm história de uso de álcool quando comparado aos que não usam. O consumo de risco é definido como padrão de consumo de álcool que coloca o paciente em risco de eventos adversos à saúde; e o consumo nocivo é o que resulta em efeitos adversos ao indivíduo (HUIS IN 'T VELD *et al.*, 2012).

Outro estudo mostrou que pacientes que não eram consumidores de álcool e em uso de TARV, mas especificamente em uso de esquema terapêutico com efavirenz, tiveram 1,69 mais chances de melhor QV quando comparado com aqueles que faziam uso dessa substância. Assim, o uso de álcool teve uma associação negativa significativa com a QV global entre os pacientes que receberam uso da terapia medicamentosa (MUTABAZI-MWESIGIRE, 2015).

Como observado, as PVHA são vulneráveis à imunodepressão em decorrência da própria infecção viral e da associação com o uso de álcool. Assim, o quadro desses pacientes pode se agravar ainda mais, acarretando sérios danos à saúde desses indivíduos, tais como a progressão para a aids ou morte. Assim, faz-se necessário identificar a influência do álcool na adesão à terapia medicamentosa e na qualidade de vida de indivíduos que vivem com HIV/aids e que fazem uso dessa substância, em decorrência dos impactos negativos do consumo do álcool à saúde dessa população, buscando promover intervenções e ações direcionadas a esse público, mediante pesquisas baseadas em evidências. Pois, na literatura ainda há poucos estudos nacionais que analisam o impacto dessa substância na adesão ao tratamento e na QV de PVHA. Portanto, os profissionais de saúde necessitam reconhecer a

influência dessa comorbidade para condução de intervenções preventivas e de acompanhamento dos parâmetros de saúde.

O estudo contribuirá para a ciência mediante a produção científica na área da saúde e nas condições de vida de pessoas que vivem com HIV/aids. Além de que, pesquisas com este enfoque poderão subsidiar ações para redução do consumo dessa substância, trazendo benefícios para a atenuação da morbimortalidade causada por essa associação, melhoria da QV e da adesão ao tratamento. Além disso, este estudo poderá contribuir para a sensibilização dos profissionais da saúde que trabalham com essas pessoas, com vistas a ampliar os cuidados em relação aos danos associados à dependência do álcool em PVHA, a partir do estímulo à aquisição de hábitos de vida saudáveis e ao autocuidado, promovendo a saúde dessa população.

## 2 REVISÃO DE LITERATURA

Para o presente capítulo de revisão, foi desenvolvida uma revisão integrativa para permitir uma análise crítica de estudos e criar uma base ampla de conhecimentos com intuito de guiar a discussão dos dados obtidos mediante uso de diferentes instrumentos de pesquisa.

Deste modo, para sistematizar a revisão de literatura da presente dissertação foi adotado o método de revisão integrativa, com objetivo de apoiar e fundamentar a justificativa do estudo. Teve como pergunta norteadora: Qual a influência do alcoolismo em PVHA?

Os artigos da revisão integrativa foram selecionados durante o mês de setembro de 2015, em seis bases de dados: *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS/BIREME), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/Pubmed), *Scientific Eletronic Library Online* (SciELO), SCOPUS e Cochrane.

Foram utilizados os descritores ou palavras-chave nos idiomas português, inglês e espanhol, extraídos dos Descritores em Ciências da Saúde (DeCS) da Biblioteca Virtual em Saúde e do *Medical Subject Headings* (MeSH) da *National Library of Medicine*: HIV, Alcoolismo e aids, além do operador booleano *and*. Os critérios de inclusão foram: artigos completos disponíveis eletronicamente, nos idiomas português, inglês e espanhol, que envolvessem a temática da influência do uso de álcool na vida de PVHA, independente do ano de publicação. Como critérios de exclusão: as publicações repetidas, aquelas que não responderam a questão de pesquisa, estudos com animais e as cartas ao editor

Foram identificados 1224 artigos, de acordo com os critérios, entretanto foram estudados 25 artigos, pois grande número de exclusão ocorreu devido ao fato de não atenderem à pergunta norteadora utilizada para esse fim e exclusão de artigos repetidos. Os principais assuntos dos artigos excluídos abordavam o risco de aquisição do vírus devido ao consumo de álcool, no entanto, este trabalho buscava a influência do álcool na população que vive com HIV/aids.

Das bases de dados elencadas, três apresentaram número superior a cem (100) trabalhos incluídos na revisão. Da SCOPUS, foram incluídos 13 dos 775 escolhidos, da MEDLINE, dos 181 artigos observados, apenas oito foram selecionados, já da COCHRANE não foram incluídos embora tenha sido encontrado 148 artigos. Das demais bases de dados, na CINAHL dos 48 trabalhos, foram lidos e incluídos no estudo de revisão, dois estudos. Pela

LILACS obteve-se 51 documentos, que em função dos critérios, dois artigos foram inseridos na lista para avaliação. Para finalizar, as informações das bases de dados, na ScieLO foram encontrados 21 artigos e nenhum foi incluído na amostra. Deste modo, a amostra de trabalhos foi constituída por 25 artigos.

Após a leitura dos 25 artigos selecionados, os efeitos do álcool em PVHA foram agrupados em quatro categorias: 1.Efeitos do álcool na adesão à terapia antirretroviral, 2. Efeitos do álcool no organismo das pessoas com HIV/aids, 3. Aumento do risco de transmissão do HIV e 4. Aumento da progressão da doença.

A caracterização dos 25 artigos mostrou que o ano de publicação variou de 1994 a 2015, sendo 10 publicados em países europeus, 12 publicados nos Estados Unidos e três publicados no Brasil. O quadro 1 mostra a procedência dos artigos selecionados e a autoria:

**Quadro 1** – Caracterização dos artigos selecionados quanto ao país de publicação e autoria. Fortaleza, Ceará, 2015.

<b>País de Publicação</b>	<b>Número de artigos</b>	<b>Autoria</b>
Países Europeus	10	AZAR <i>et al.</i> , 2010; BRYANT, 2006; CONIGLIARO <i>et al.</i> , 2003; KALICHMAN <i>et al.</i> , 2013; MALBERGIER; AMARAL; CARDOSO, 2015; MEYERHOFF <i>et al.</i> , 1995; MÍGUEZ-BURBANO <i>et al.</i> , 2014; PFEFFERBAUM <i>et al.</i> , 2007; SHUPER <i>et al.</i> , 2010; ZARH <i>et al.</i> , 2014.
Estados Unidos	12	BARTA <i>et al.</i> , 2008; FEIN; BIGGINS; MACKAY, 1995; FONG <i>et al.</i> , 1994; HAHN; SAMET, 2010; HENDERSHOT <i>et al.</i> , 2009; IKEDA <i>et al.</i> , 2013; MCCANCE-KATZ <i>et al.</i> , 2012; PFEFFERBAUM <i>et al.</i> , 2006; PFEFFERBAUM <i>et al.</i> , 2012; ROSENBLOOM; SULLIVAN; PFEFFERBAUM, 2010; SHUPER <i>et al.</i> , 2009; TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2013.
Brasil	3	REGO <i>et al.</i> , 2011; REGO; REGO, 2010; SANTOS <i>et al.</i> , 2013.

Os níveis de evidência das pesquisas foram determinados de acordo com Melnyk e Fineout-Overholt (2011), observando-se a seguinte distribuição: cinco artigos nível I (AZAR *et al.*, 2010; HENDERSHOT *et al.*, 2009; REGO; REGO, 2010; SHUPER *et al.*, 2009; SHUPER *et al.*, 2010), um artigo nível II (MCCANCE-KATZ *et al.*, 2012), dez artigos nível IV (CONIGLIARO *et al.*, 2003; FEIN; BIGGINS; MACKAY, 1995; MEYERHOFF *et al.*, 1995; MÍGUEZ-BURBANO *et al.*, 2014; PFEFFERBAUM *et al.*, 2007; PFEFFERBAUM *et al.*, 2006; PFEFFERBAUM *et al.*, 2012; REGO *et al.*, 2011; ROSENBLOOM; SULLIVAN; PFEFFERBAUM, 2010; ZARH *et al.*, 2014), um artigo nível V (HAHN; SAMET, 2010) e oito

artigos nível VI (BARTA *et al.*, 2008; BRYANT, 2006; FONG *et al.*, 1994; IKEDA *et al.*, 2013; KALICHMAN *et al.*, 2013; MALBERGIER; AMARAL; CARDOSO, 2015; SANTOS *et al.*, 2013; TEIXEIRA *et al.*, 2013). Ver Quadro 2 a seguir:

**Quadro 2** – Caracterização dos artigos selecionados quanto ao nível de evidência e autoria. Fortaleza, Ceará, 2015

<b>Nível de evidência</b>	<b>Número de artigos</b>	<b>Autoria</b>
<b>Nível I:</b> Evidências provenientes de revisão sistemática ou meta-análise de múltiplos estudos clínicos controlados e randomizados ou oriundos de diretrizes clínicas baseadas em revisões sistemáticas de ensaios clínicos controlados e randomizados	5	AZAR <i>et al.</i> , 2010; HENDERSHOT <i>et al.</i> , 2009; REGO; REGO, 2010; SHUPER <i>et al.</i> , 2010; SHUPER <i>et al.</i> , 2009.
<b>Nível II:</b> Evidências provenientes de estudos individuais controlados e randomizados.	1	MCCANCE-KATZ <i>et al.</i> , 2012.
<b>Nível IV:</b> Evidências provenientes de coorte ou caso-controle.	10	CONIGLIARO <i>et al.</i> , 2003; FEIN; BIGGINS; MACKAY, 1995; MEYERHOFF <i>et al.</i> , 1995; MÍGUEZ-BURBANO <i>et al.</i> , 2014; PFEFFERBAUM <i>et al.</i> , 2007; PFEFFERBAUM <i>et al.</i> , 2006; PFEFFERBAUM <i>et al.</i> , 2012; REGO <i>et al.</i> , 2011; ROSENBLOOM; SULLIVAN; PFEFFERBAUM, 2010; ZARH <i>et al.</i> , 2014
<b>Nível V:</b> Evidências oriundas de revisão sistemática de estudos descritivos e qualitativos	1	HAHN;SAMET, 2010.
<b>Nível VI:</b> Evidências originárias de um estudo descritivo ou qualitativo	8	BARTA <i>et al.</i> , 2008; BRYANT, 2006; FONG <i>et al.</i> , 1994; IKEDA <i>et al.</i> , 2013; KALICHMAN <i>et al.</i> , 2013; MALBERGIER; AMARAL; CARDOSO, 2015; SANTOS <i>et al.</i> , 2013; TEIXEIRA <i>et al.</i> , 2013.

Portanto a maioria dos achados foram provenientes de estudos de coorte e caso-controle. Nos estudos de coorte os indivíduos são acompanhados ao longo do tempo para avaliar a incidência de alguma doença ou de outro desfecho, onde podem ser estudadas diferentes formas de exposição como fatores ambientais, comportamentais, socioeconômicos

e características biológicas (COELI; FAERSTEIN, 2009). Já os estudos de caso-controle têm como propósito identificar características que ocorrem com maior frequência entre casos do que entre controles, onde permite a investigação simultânea de uma maior variedade de fatores de risco possíveis (RODRIGUES; WERNECK, 2009).

Em relação à epidemia do HIV, a literatura mostra que houve prejuízos na QV dos indivíduos que foram acometidos pelo vírus, tornando-se um grave problema de saúde pública (LIMA *et al.*, 2011). Com isso a aids deixou de ser considerada um problema individual para se tornar um problema de todos, que envolve família, sociedade e política, ou seja, um fator de grande dimensão e impacto (BRAMBATTI, 2007).

Assim, surgiu-se a necessidade de identificar os fatores que influenciam no processo saúde-doença, nas suas condições de saúde e na sua QV dessa população acometida pelo HIV, que se encontra em constante ascensão, objetivando desenvolver atividades de promoção da saúde baseadas nas necessidades de cada indivíduo.

Diante disso, identificou que o álcool influencia na saúde de PVHA de forma negativa, acarretando prejuízos ao sistema imunológico, sistêmicos, na adesão à TARV, aquisição de comportamentos de riscos, além do desenvolvimento de outras comorbidades.

A seguir encontram-se descritas as quatro categorias que foram delimitadas de acordo com achados dos artigos, as quais observaram o efeito do alcoolismo na saúde de PVHA.

### ***2.1 Efeitos do Álcool na Adesão à Terapia Antirretroviral***

Essa categoria aborda a influência do álcool na adesão à terapia antirretroviral. Observou-se que o uso do álcool tem-se mostrado como um forte preditor de falhas na adesão medicamentosa e piora no desfecho clínico (HENDERSHOT *et al.*, 2009). Foi observado que houve redução da adesão à TARV em pacientes que utilizavam álcool, quando comparado com os pacientes que não faziam uso dessa substância (AZAR *et al.*, 2010). Além de ser identificada diferença entre os gêneros, onde as mulheres que ingerem álcool estão mais sujeitas a não aderirem ao esquema terapêutico, quando comparadas com os homens (REGO; REGO, 2010).

O consumo crônico de álcool pode desenvolver competições e interações com as medicações e alterar a proteína de ligação das drogas, onde o etanol compete com a medicação nas ligações das isoenzimas do processo de metabolização. Assim, esses consumidores podem ter maior risco de toxicidade por drogas e terapia ineficaz, devido à concentração inadequada da droga no plasma (HAHN; SAMET, 2010).



Quanto maior o consumo de álcool, maior o índice de não adesão à TARV, o que leva à progressão e multiplicação do HIV (REGO *et al.*, 2011; SHUPER *et al.*, 2010). Quando ocorre associação entre o uso de álcool e terapia medicamentosa em PVHA, há maior risco de eventos adversos e toxicidades, quando comparado com grupos em uso de placebo (MCCANCE-KATZ *et al.*, 2012).

## ***2.2 Efeitos do Álcool no Organismo das Pessoas com HIV/aids***

Essa foi a categoria com mais achados, mostrando que o álcool influencia severamente nas funções multissistêmicas do organismo.

Foi observado que pacientes com HIV em uso de álcool (ZARH *et al.*, 2014) podem desenvolver danos cerebrais como déficit no volume, elevação dos marcadores de neuroinflamação, além de transtornos associados, como a demência e a falta de memória (MÍGUEZ-BURBANO *et al.*, 2014). As regiões que mostram anormalidades de volume são: lateral, frontal, temporal, parietal e occipital, além do tálamo e corpo caloso (PFEFFERBAUM *et al.*, 2007). Quando há a comorbidade, esses efeitos tendem a se manifestar mais cedo e podem acarretar efeitos deletérios no córtex cerebral (FEIN; BIGGINS; MACKAY, 1995). Dentre esses transtornos foram identificados a degradação de células cerebrais, redução da massa branca (PFEFFERBAUM *et al.*, 2007) e cinzenta do cérebro (MEYERHOFF *et al.*, 1995), além da redução da microestrutura calosal (PFEFFERBAUM *et al.*, 2007). Quanto maior o uso do álcool, maiores os transtornos cerebrais (PFEFFERBAUM *et al.*, 2012).

O uso de álcool tem efeitos deletérios também sobre a resposta imune, que podem influenciar no aumento à suscetibilidade às doenças infecciosas, com perturbações nas funções dos linfócitos B, ativação crônica de células T, as quais podem acelerar a progressão da doença, incluindo a causada pelo HIV (HAHN; SAMET, 2010). Além disso, o etilismo crônico desempenha papel adverso significativo no volume do timo e na redução da contagem plaquetária (SANTOS *et al.*, 2013).

Ademais, o uso do álcool pode influenciar na condição nutricional, ocasionando deficiências de micronutrientes, como das vitaminas A, B12, D, E, ferro, selênio e zinco, o que se relaciona diretamente com a progressão da doença. Quando a infecção pelo HIV está associada ao consumo crônico dessa bebida, ocorrem deficiências nutricionais devido à

elevada ingestão de álcool, diminuição da absorção de nutrientes e interferência no processo de metabolização (HAHN; SAMET, 2010).

Dentre as morbidades oriundas da associação entre HIV e uso de álcool destacaram-se o risco de desenvolvimento de sintomas depressivos (HAHN; SAMET, 2010). E um risco adicional de desenvolvimento de hipertensão arterial sistêmica (IKEDA *et al.*, 2013).

A comorbidade, alcoolismo e HIV, coloca os pacientes duplamente atingidos em risco de efeitos indesejáveis em seu comportamento, imunidade e estrutura do cérebro (PFEFFERBAUM *et al.*, 2006).

### **2.3 Aumento do Risco de Transmissão do HIV**

O consumo de álcool é um co-fator de risco na sexualidade e pode aumentar as chances de transmissão do vírus, como o consumo de bebidas alcoólicas durante a relação sexual (SHUPER *et al.*, 2010). Esse consumo pode acarretar a aquisição de comportamentos de risco, tais como as práticas sexuais desprotegida se a multiplicidade de parceiros (KALICHMAN *et al.*, 2013; SHUPER *et al.*, 2009).

Cada dose de álcool consumida aumenta em torno de 73% as chances de sexo desprotegido (BARTA *et al.*, 2008). Esses indivíduos tendem a manter relações sexuais sem preservativos com parceiros que não possuem HIV, constituindo alto risco de aumento da infecção ao longo do tempo (SHUPER *et al.*, 2009).

### **2.4 Aumento da Progressão da Doença**

A comorbidade alcoolismo e HIV têm forte associação com o aumento da morbidade e mortalidade desses indivíduos, visto que tem associação direta com os marcadores de progressão da doença. Em estudo realizado, observou-se que os consumidores de álcool tiveram nove vezes mais chances de ter contagens de linfócitos T CD4+ menores que 200 células/mm<sup>3</sup>, sendo essa associação independente da adesão à TARV (MALBERGIER; AMARAL; CARDOSO, 2015). Além dessa influência na redução dessas células, ainda há relação com o aumento da carga viral (AZAR *et al.*, 2010; SHUPER *et al.*, 2010).

O consumo de álcool pode suprimir a função dos linfócitos T CD4+ e estimular a replicação viral (FONG *et al.*, 1994). Com isso a associação do álcool aumenta o risco de morbidade com a progressão para a soroconversão para a aids e o consequente aumento da

mortalidade desses indivíduos (BAGBY *et al.*, 2006; BRYANT, 2006; FEIN; BIGGINS; MACKAY, 1995).

Conclui-se com esta revisão integrativa que o álcool tem efeitos negativos sobre a aderência à TARV, no organismo de PVHA, no aumento da transmissão do vírus e na progressão para o estágio final da doença.

Constatou-se também que os maiores efeitos foram sobre o organismo de PVHA em uso de álcool, de forma que as variáveis mais encontradas foram danos ao sistema cerebral, déficit nutricional e disfunção do sistema imunológico.

Destacamos a importância dessa revisão para identificação dos efeitos negativos do consumo de álcool sobre a saúde das pessoas com HIV/aids, o que torna o assunto relevante e instiga novas pesquisas com destaque nas estratégias educativas que direcionem intervenções e cuidados em saúde para esse público, visando a redução do consumo dessa substância.

Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde, os quais podem estar identificando os indivíduos que consomem álcool, bem como seus efeitos, prevenindo os danos oriundos dessa prática, para a manutenção da qualidade de vida desses indivíduos. Assim, as intervenções devem ser direcionadas e aplicadas de acordo com as necessidades dos pacientes e com o contexto no qual estão inseridos, buscando-se desenvolver práticas de promoção da saúde.

### **3 OBJETIVOS**

#### **3.1 Geral**

- Avaliar a influência do álcool na adesão à terapia antirretroviral e na qualidade de pessoas vivendo com HIV/aids.

#### **3.2 Específicos**

- Identificar as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas de pessoas vivendo com HIV/aids e que fazem uso de TARV em acompanhamento ambulatorial;
- Analisar o consumo de álcool de pessoas que vivem com HIV/aids;
- Realizar associação entre as características sociodemográficas e clínico-epidemiológicas de pessoas que vivem com HIV/aids e que fazem uso de álcool;
- Avaliar os efeitos do álcool na adesão à terapia antirretroviral;
- Analisar a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids;
- Avaliar os efeitos do álcool na qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids.

## **4 MÉTODO**

### **4.1 Tipo de estudo**

Trata-se de um estudo transversal, exploratório com abordagem quantitativa. Optou-se por este desenho, pois permite uma descrição instantânea dos agravos da saúde que acometem a população. A pesquisa exploratória permite trabalhar com um problema ou questão que ainda não tem muitos estudos relacionados, objetivando procurar padrões, ideias ou hipóteses (GIL, 1999).

Os estudos transversais ou seccionais são estudos que produzem situações de saúde de uma população ou comunidade de forma “instantânea” mediante avaliação individual da saúde de cada um dos membros que integram o grupo e permite determinar os indicadores globais de saúde do grupo investigado. Assim, nesta modalidade de estudo pode-se avaliar “causa” e “efeito” de forma conjunta e observar a associação entre a exposição e a doença. Esse tipo de estudo possui alto poder descritivo, é de baixo custo e permite rápida coleta dos dados (SITTA *et al.*, 2010).

A pesquisa transversal permite o estudo do sujeito em um determinado momento, não permitindo o seguimento dos indivíduos, sendo recomendado quando se deseja estimar a prevalência de um determinado evento na saúde de um público específico, examinando-se a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência da doença, sendo de grande utilidade para descrição de características da população (BASTOS; DUQUIA, 2007).

### **4.2 Local do estudo**

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). Esta instituição é um centro de referência de nível terciário, onde são desenvolvidas pesquisas na área da saúde e funciona como prestadora de assistência à saúde da população do estado do Ceará, estando integrado ao Sistema Único de Saúde (SUS).

O hospital inclui serviços de cirurgia geral, cirurgia plástica, infectologia, neurologia, cardiologia, pneumologia, dermatologia, endocrinologia, hematologia, reumatologia, proctologia, psiquiatria, nefrologia, urologia, pediatria, otorrinolaringologia, gastroenterologia, transplante hepático, renal e de medula óssea.

O ambulatório de infectologia do HUWC, local onde foi realizado o estudo, atende pacientes adultos diagnosticados com HIV/aids oriundos de Fortaleza, região metropolitana e interior do Estado do Ceará, dispondo de consultas, exames laboratoriais e fornecimento de fármacos antirretrovirais.

### **4.3 População e amostra**

A população desta pesquisa compreendeu as pessoas com HIV/aids atendidas no ambulatório do HUWC da UFC e que estavam em uso de TARV. A amostra aconteceu de forma aleatória totalizando ao final do estudo 114 pacientes.

### **4.4 Critérios de Inclusão e Exclusão**

#### **4.4.1 Inclusão**

- Pacientes de ambos os sexos com idade igual ou superior a 18 anos;
- Diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV;
- Uso de TARV por pelo menos seis meses. Esse critério foi escolhido para padronizar a amostra;
- Acompanhamento ambulatorial pelo HUWC, visto que alguns pacientes utilizam esse serviço apenas para ter acesso à TARV, sendo acompanhados em serviço privado.

#### **4.4.2 Exclusão**

- Doença Mental;
- Gravidez;
- Recluso em penitenciárias ou delegacia;
- Morar em Casa abrigo.

#### **4.5 Desenho do estudo**

Esta pesquisa foi realizada em PVHA em uso de TARV e em acompanhamento ambulatorial. A coleta de dados deu-se em um único encontro, onde as pessoas eram abordadas antes da consulta médica.

Na primeira ocasião, as PVHA foram convidadas a participar do estudo no momento em que compareciam às consultas de rotina no ambulatório de infectologia do HUWC. A seleção dos sujeitos ocorreu de forma aleatória. A pesquisa era explicada aos pacientes, e aqueles que aceitavam participar, formalizavam por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). A seguir eram submetidos à entrevista em ambiente privativo com duração de aproximadamente 40 a 50 minutos.

Na entrevista foram utilizados quatro instrumentos: o Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica de saúde para Pessoas com HIV/aids (ANEXO A), o Teste de Identificação de problemas relacionados ao uso do álcool (AUDIT) (ANEXO B), o Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH) (ANEXO C) e Questionário para avaliação da qualidade de vida (WHOQOL-HIV Bref) (ANEXO D).

A coleta de dados se deu no período de março a julho de 2015.

#### **4.6 Instrumentos de coleta de dados**

Foram utilizados quatro instrumentos na pesquisa, apresentados a seguir.

##### **4.6.1 Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica de saúde**

O primeiro foi o Formulário de Caracterização Sociodemográfica e Clínica de saúde para Pessoas com HIV/aids (ANEXO A). Este questionário foi previamente testado e validado em estudos anteriores (CUNHA; GALVÃO, 2010; CUNHA; GALVÃO, 2011, FIUZA *et al.*, 2013) e inclui as seguintes variáveis:

- Número do formulário
- Número do prontuário
- Data da entrevista
- Nome do paciente

- Endereço, telefone, nome da pessoa para contato, telefone do contato
- Data de nascimento
- Idade em anos
- Sexo: masculino, feminino
- Cor (autoinformada): branca, preta, amarela, parda, indígena
- Escolaridade: referida em anos de estudo
- Estado civil: solteiro, casado/vive junto/união consensual/amasiado, divorciado/separado, viúvo
- Categoria de exposição: heterossexual, homossexual, bissexual, hemofilia, transfusão, transmissão vertical
- Orientação sexual: heterossexual, homossexual, bissexual
- Mora com o parceiro: sim, não, sem parceiro
- Número de filhos
- Religião: católica, evangélica, espírita, outra, não tem religião
- Situação ocupacional: empregado, desempregado, aposentado, afastado
- Renda familiar mensal
- Tempo de diagnóstico da sorologia anti-HIV: em meses
- Número de Internações por complicações do HIV no último ano
- Tempo de uso de TARV: em meses
- Número de comprimidos ingeridos ao dia
- Nomes dos antirretrovirais em uso (obtidos a partir do prontuário): Abacavir, Didanosina, Tenofovir, Etravirina, Zidovudina, Efavirenz, Nevirapina, Darunavir, Maraviroque, Ritonavir, Fosamprenavir, Tipranavir, Lopinavir, Lamivudina, Saquinavir, Enfuvirtida, Raltegravir
- Contagem de linfócitos T CD4+ (células/mm<sup>3</sup>): valores obtidos a partir do prontuário. Foram considerados os valores dos três meses que antecedeu a entrevista ou após a coleta.
- Carga viral (cópias/ml): valores obtidos a partir do prontuário. Foram considerados os valores dos três meses que antecedeu a entrevista ou após a coleta.
- Histórico de outras IST associadas: HPV, sífilis, gonorréia, vaginose, candidíase, tricomoníase, outras.
- Histórico de uso de álcool
- Histórico de uso de drogas ilícitas



#### **4.6.2 Teste para avaliar o modo de consumo alcoólico, *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT)**

O segundo instrumento utilizado foi o teste para avaliar o modo de consumo alcoólico, *Alcohol Use Disorders Identification Test* (AUDIT) (ANEXO B). Esse instrumento foi criado pela OMS no final da década de 1980, o qual busca identificar bebedores de risco e investigar o padrão de consumo alcoólico nos últimos 12 meses, sendo criada uma versão adaptada em português por Méndez (1999), considerando as características socioculturais brasileiras e posteriormente validada por Lima *et al.* (2005). É um instrumento que se configura, na atualidade, como uma das medidas mais empregadas no mundo para a identificação de grupos de risco e rastreamento do uso inadequado de álcool em amostras clínicas e da população geral (BABOR *et al.*, 2001; SANTOS *et al.*, 2012).

O instrumento é composto por 10 itens, que abrangem três domínios teóricos: 1. Consumo de álcool; 2. Dependência do consumo de álcool e 3. Consequências adversas do consumo de álcool. Quando questionado a responder tais perguntas, o participante é convidado a pensar sobre seu consumo de bebidas alcoólicas no último ano (12 meses), indicando sua resposta por meio de diferentes escalas. O primeiro item envolve a frequência do consumo e é respondido em uma escala de cinco pontos, variando de 0 (Nunca) a 4 (Quatro ou mais vezes por semana). O item 2 mensura a quantidade de bebida alcoólica consumida e inclui cinco opções de respostas, a saber: não bebo (0); 1 ou 2 “doses” (1); 3 ou 4 “doses” (2); 5 ou 6 “doses” (3); 7 a 9 “doses” (4); e 10 ou mais “doses” (5). Para os itens 3, 4, 5, 6, 7 e 8 as respostas variam entre Nunca (0) e Todos os dias ou quase todos (4). As questões 9 e 10 apresentam três alternativas de resposta, que são: Não (0); Sim, mas não no último ano (2); e Sim, durante o último ano (4) (SANTOS *et al.*, 2013).

Cada item do instrumento possui a margem de 0 a 4 pontos, possibilitando um espectro de pontuação de 0 a 40 (MORETTI-PIRES; CORRADI-WEBSTER, 2011). A pontuação que o sujeito atinge ao responder aos itens do AUDIT permite a classificação do uso da substância da seguinte forma:

Zona I (baixo risco) – 0 a 7 pontos;

Zona II (uso de risco) – 8 a 15 pontos;

Zona III (uso nocivo) – 16 a 19 pontos;

Zona IV (provável dependência) – 20 a 40 pontos

#### 4.6.3 Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH)

O terceiro instrumento utilizado foi o questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH) (ANEXO C). Para avaliar a adesão ao tratamento foi utilizado a versão brasileira do “Cuestionario para La Evaluación de La Adhesión al Tratamiento Antiretroviral (CEAT-VIH) (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007).

É um instrumento composto de 20 itens e aplicável a pacientes adultos com infecção pelo HIV, tem o objetivo de identificar o grau de adesão à terapia antirretroviral. Tem caráter multidimensional que abrange fatores que influenciam no tratamento e adesão ao tratamento, sendo constituído por um mecanismo de rápida e fácil aplicação. A pontuação da CEAT-VIH é obtida pela soma de todos os itens, tendo como valor mínimo possível o 17, enquanto o valor máximo possível é 89. Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento, o qual obedece as seguintes categorias:

- Baixa/insuficiente (escore bruto  $\leq 74$ );
- Boa/adequada (escore bruto entre 75 e 79) e
- Estrita (escore bruto  $\geq 80$ ).

No presente estudo, os graus de adesão foram classificados em dois grupos denominados de adequada e inadequada. Os resultados da adesão boa/adequada e estrita foram anexados com escore bruto  $\geq 75$  e inadequada baixa/insuficiente em escore bruto  $\leq 74$ , a qual permaneceu inalterada.

#### 4.6.4 Questionário para avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-HIV Bref)

Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida, *World Health Organization Quality of Life instrument – HIV Bref*, denominado de WHOQOL-HIV Bref. A versão brasileira completa do instrumento possui 120 perguntas. A versão abreviada tem uma questão por faceta, sendo duas questões que examinam qualidade de vida geral: a questão 1 pergunta pela percepção global do indivíduo de sua qualidade de vida, e a questão 2 pergunta pela percepção global do indivíduo de sua saúde. Conseqüentemente, o WHOQOL-HIV Bref, compreende 31 questões e está dividido em seis domínios, além da faceta geral de QV e percepção geral da saúde (ANEXO D). A seguir, no quadro 3 são apresentadas as 31 perguntas de acordo com cada domínio (ZIMPEL; FLECK, 2007; PEDROSO *et al.*, 2012).

**Quadro 3 - Domínios e ítems da WHOQOL-HIV Bref**

DOMÍNIO I: Físico (quatro ítems)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?</li> <li>- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?</li> <li>- O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?</li> </ul>
DOMÍNIO II: Psicológico (cinco ítems)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- O quanto você aproveita a vida?</li> <li>- O quanto você consegue se concentrar?</li> <li>- Você é capaz de aceitar sua aparência física?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?</li> <li>- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?</li> </ul>
DOMÍNIO III: Nível de independência (quatro ítems)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?</li> <li>- Quão bem você é capaz de se locomover?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?</li> </ul>
DOMÍNIO IV: Relações Sociais (quatro ítems)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?</li> </ul>
DOMÍNIO V: Meio Ambiente (oito ítems)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?</li> <li>- Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?</li> <li>- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?</li> <li>- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?</li> <li>- Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?</li> </ul>
DOMÍNIO VI: Espiritualidade/ Religião/ Crenças (quatro ítems)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?</li> <li>- Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?</li> <li>- O quanto você tem medo do futuro?</li> <li>- O quanto você se preocupa com a morte?</li> </ul>
Qualidade de vida global e percepção geral da saúde (dois ítems)	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Como você avaliaria sua qualidade de vida?</li> <li>- Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?</li> </ul>

As questões são individualmente pontuadas em uma escala do tipo Likert de 5 pontos, onde: 1 (nada), 2 (muito pouco), 3 (mais ou menos), 4 (bastante) e 5 (extremamente), de forma que 1 indica proposições baixas e negativas e 5 indica proposições altas e positivas acerca da qualidade de vida.

As pontuações das questões da faceta Qualidade de Vida e Saúde Geral podem ser somadas e apresentadas como parte do perfil. Cada faceta representa a soma ajustada de quatro questões, e também tem amplitude de 1 a 5 pontos. Com o ajuste das facetas é possível calcular seis domínios, que representam a soma e ajuste de quatro a oito facetas. Os escores variam de 4 a 20 pontos, refletindo a pior e melhor percepção da qualidade de vida, respectivamente.

Para a mensuração do nível de percepção da qualidade de vida, utilizou-se a classificação de estudos anteriores com PVHA, onde os escores entre 4 e 9,9 representam percepção inferior acerca da QV, de 10 a 14,9, percepção intermediária, e de 15 a 20, superior (CUNHA; 2014; PASSOS; SOUZA, 2015; SANTOS; FRANÇA; LOPES, 2007).

As pontuações dos domínios estão dispostas em direção positiva, onde as pontuações mais altas referem melhor QV. Em algumas facetas (dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação, morte e morrer) essa pontuação não acontece em direção positiva, ou seja, no somatório os valores mais altos referem-se a pior QV, para adequação é necessário inverter os valores para que os valores mais altos reflitam em melhor QV.

#### **4.7 Hipóteses**

As hipóteses a serem testadas neste estudo transversal foram:

- O uso de álcool em PVHA acarreta baixa adesão à terapia antirretroviral;
- O uso de álcool em PVHA acarreta baixa qualidade de vida.

Portanto, exploraram-se as variáveis pessoais e clínicas e os índices ou escores relacionados ao uso de álcool, à qualidade de vida e à adesão ao tratamento medicamentoso de PVHA em terapia antirretroviral.

#### 4.8 Análise dos dados

Para a análise das características sociodemográficas e clínica da população estudada e a descrição dos escores de AUDIT, QV e CEAT-VIH, foi utilizado estatística descritiva, frequência simples, medidas de tendência central (Média e Mediana) e medidas de dispersão (Desvio-Padrão, Mínimo e Máximo). Todas as correlações executadas utilizaram o coeficiente de correlação de *Spearman*. As escalas também foram avaliadas quanto a correlação inter-itens (alfa de Cronbach) cuja variação é de 0 a 1, quanto mais próximo de 1, maior a consistência interna.

Realizou-se uma análise de associação entre a escala de AUDIT e as variáveis sociodemográficas e clínicas pelo método de Fisher e definida a razão de chance pelo método de *Odds Ratio*. Foram utilizados também o método de Mann-Whitney para a comparação entre duas médias. Em todos os casos, o nível de significância estabelecido foi de 0,05 (5%), sendo considerado estatisticamente significativo um valor  $P < 0,05$ . O *software* utilizado para a execução das análises foi SPSS® versão 20.0 para Windows® (*Statistical Package for the Social Science*, SPSS Inc., Chicago, Illinois, USA, 2010, [www.spss.com](http://www.spss.com)).

#### 4.9 Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio da Universidade Federal do Ceará em 23 de maio de 2015, sob protocolo N° 1.003.964 (ANEXO E), de acordo com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil, sobre pesquisas que envolvem seres humanos (BRASIL, 2012).

Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE A). O sigilo da identificação dos pacientes foi mantido e os dados da pesquisa utilizados somente com fins científicos.

## 5. RESULTADOS

### 5.1 Caracterização sociodemográficas e clínico-epidemiológicas das pessoas com HIV/aids

Das 114 pessoas vivendo com HIV/aids, pode-se observar, na Tabela 1, os aspectos sociodemográficos, cuja proporção entre os indivíduos do sexo masculino e feminino foi 1.19:1, demonstrando uma diferença pequena entre os sexos. A maioria (81,5%) encontrava-se na faixa etária entre os 30 e 50 anos (Média da idade= 39,89  $\pm$ 1,58; Intervalo de confiança (CI) de 95%; Variação: 23-63 anos). Em relação à opção sexual, grande parcela (74,5%) declarava-se heterossexual, tinha no máximo 12 anos de estudo (86,8%), caracterizando o ensino médio completo. Entre as PVHA, quanto à etnia 53,5% se autodeclararam pardos, 43,8% informava renda familiar entre um e dois salários mínimos por mês (Renda mensal média= R\$ 2.156,89 $\pm$ 449,95 [CI de 95%; variação: 0-18.000 real]). Foi demonstrada associação estatística direta entre renda e nível de escolaridade, em que as PVHA com maior escolaridade possuem renda mensal maiores (Correlação de *Spearman*: 0,386; *p*-valor < 0,001).

A maioria dos participantes (45,6%) declarou-se casados. Em relação ao número de filhos a maior parte (38,6%) declarou não possuir filhos, sendo a média de filhos por paciente de 1 $\pm$ 0,26 [CI de 95%; variação: 0-6 filhos]. Quanto à religião, a maioria (93,0%) se declarou adepto de alguma crença religiosa, sendo que a maior parte dos indivíduos (62,2%) foram adeptos ao catolicismo. A análise da situação ocupacional mostra 52,6% das PVHA empregadas à época do estudo (Tabela 1).

Segundo histórico de uso de álcool, 55,2% declara não usar tal substância. Em relação ao uso de drogas ilícitas, 19,3% informavam essa experiência (Tabela 1).

**Tabela 1** Características sociodemográficas das 114 PVHA. Fortaleza, Ceará, 2015

<b>Variáveis</b>	<b>N (%)</b>
<b>Sexo</b>	
Masculino	62 (54,4)
Feminino	52 (45,6)
<b>Idade (anos)</b>	
18-29	9 (7,8)
30-49	93 (81,5)
≥50	12 (10,5)
<b>Orientação Sexual</b>	
Heterossexual	85 (74,6)
Homossexual	25 (21,9)
Bissexual	4 (3,5)
<b>Anos de Estudo</b>	
≤8	29 (25,4)
9-12	70 (61,5)
≥13	15 (13,1)
<b>Cor</b>	
Pardo	61 (53,5)
Não-pardo	53 (46,5)
<b>Renda Familiar</b> (Salário Mínimo)	
Até 2	69 (60,6)
> 2	45 (39,4)
<b>Estado Civil</b>	
Solteiro	43 (37,7)
Casado	52 (45,7)
Divorciado/Separado/Viúvo	19 (16,6)
<b>Mora com Parceiro (a)</b>	
Sim	58 (50,9)
Não	26 (22,8)
Sem parceiro	30 (26,3)
<b>Número de Filhos</b>	
Nenhum	44 (38,6)
1 e 2	42 (36,9)
≥3	28 (24,5)
<b>Religião</b>	
Sim	106 (93,0)
Não	8 (7,0)
<b>Ocupação</b>	
Empregado	60 (52,6)
Desempregado	33 (28,9)
Aposentado	10 (8,7)
Afastado	11 (9,6)
<b>Histórico do Uso de Álcool</b>	
Sim	51 (44,7)

Não	63 (55,2)
<b>Histórico de Uso de Drogas</b>	
Sim	22 (19,3)
Não	92 (80,7)

\*Salário mínimo vigente à época do estudo era de R\$788,00 (Setecentos e oitenta e oito Reais)

Os dados clínicos estão apresentados na Tabela 2. A categoria de exposição sexual foi predominante (86,9%) e 91,2% sabiam do diagnóstico de HIV há mais de um ano [CI de 95%; variação: 0-20 anos]. Com relação à contagem de linfócitos CD4+ 79,0% apresentavam contagem superior a 300 células/mm<sup>3</sup> e 81,5% dos pacientes apresentavam carga viral inferior a 50 cópias/ml. Foi possível evidenciar uma correlação inversa entre a carga viral e a contagem de CD4+ neste grupo de pacientes (Correlação de *Spearman*: -0,281; *p*-valor < 0,01), ou seja, a medida que a carga viral diminui aumenta os níveis de CD4+.

Segundo histórico de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) associada ao HIV 53,5% não apresentavam nenhuma infecção. Entre aquelas PVHA que apresentavam alguma IST associada, a mais comum foi Papiloma Vírus Humano (HPV) (35,8%) e a sífilis (32,0%). Quanto às internações por complicações associadas ao HIV/aids, apenas, 15 (13,1%) pacientes relataram internação nos últimos 12 meses. Os antirretrovirais mais utilizados foram a lamivudina (85,9%) e o tenofovir (57,0). Dados expressos na Tabela 2.

A média do número de comprimidos diário foi de 4±0,34 [CI de 95%; variação: 1-12 comprimidos por dia].



**Tabela 2** Características clínicas das 114 PVHA. Fortaleza, Ceará, 2015.

<b>Variáveis</b>	<b>N(%)</b>
<b>Exposição ao HIV</b>	
Sexual	99 (86,9)
Sanguínea	3 (2,6)
Não sabe	12 (10,5)
<b>Tempo de diagnóstico do HIV (Anos)</b>	
0-5	59 (51,7)
6-10	37 (32,4)
11-15	15 (13,1)
> 15	3 (2,6)
<b>Carga viral (cópias/ml)</b>	
< 50 (Indetectável)	93 (81,5)
50-100.000	19 (16,6)
> 100.000	2 (1,7)
<b>Células T CD4+ (células/mm<sup>3</sup>)</b>	
< 200	13 (11,4)
200-350	11 (9,6)
> 350	90 (79,0)
<b>Histórico de outras IST associadas</b>	
Sim	53 (46,5)
Não	61 (53,5)
<b>Internações por complicações do HIV (último ano)</b>	
Sim	15 (13,1)
Não	99 (86,9)
<b>Antirretroviral Utilizado</b>	
Abacavir	7 (6,1)
Atazanazir	19 (16,6)
Didanosina	1 (0,8)
Tenofovir	65 (57,0)
Zidovudina	52 (45,6)
Efavirenz	62 (54,3)
Nevirapina	5 (4,3)
Darunavir	3 (2,6)
Ritonavir	40 (35,0)
Fosamperenavir	2 (1,7)
Lopinavir	12 (10,5)
Lamivudina	98 (85,9)
Saquinavir	1 (0,8)
Raltegravir	4 (3,5)
<b>Média de comprimidos diário</b>	4

## 5.2 Avaliação do padrão de uso do álcool em pessoas vivendo com HIV/aids, segundo AUDIT e as variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas

Na avaliação do AUDIT adotou-se como ponto de corte o escore  $\geq 8$  para definir o uso arriscado ou prejudicial do álcool. A correlação inter-itens (alfa de Cronbach) do questionário AUDIT, apresentou 0,844, demonstrando um elevado índice de consistência.

Quanto ao uso do álcool, 44,7% das PVHA afirmaram ter feito uso desta substância em alguma época da vida. Nas repostas ao AUDIT, o escore (0) foi o mais frequentemente respondido das questões (Tabela 3).

**Tabela 3** Distribuição dos pacientes vivendo com HIV/aids de acordo com as questões e os escores recebidos do AUDIT. Fortaleza, Ceará, 2015

Questões do AUDIT	Escore do AUDIT				
	(0)	(1)	(2)	(3)	(4)
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Frequência de consumo	50 (43,8)	39 (34,2)	18 (15,7)	5 (4,3)	2 (1,7)
Número de doses em um dia típico	103 (90,3)	6 (5,2)	3 (2,6)	-	2 (1,7)
Frequência de seis ou mais doses em uma ocasião	105 (92,1)	4 (3,5)	1 (0,8)	4 (3,5)	-
Frequência de beber sem conseguir parar	98 (85,9)	14 (12,2)	2 (1,7)	-	-
Deixou de fazer o esperado devido à bebida	106 (92,9)	4 (3,5)	3 (2,6)	-	1 (0,8)
Necessidade de bebida pela manhã	107 (93,8)	3 (2,6)	3 (2,6)	1 (0,8)	-
Sentiu-se culpado depois de beber	88 (77,1)	13 (11,4)	8 (7,0)	2 (1,7)	3 (2,6)
Incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida	98 (85,9)	8 (7,0)	5 (4,3)	2 (1,7)	1 (0,8)
Causou ferimentos ou prejuízos após ter bebido	104 (91,2)	7 (6,1)	3 (2,6)	-	-
Alguém sugeriu que parasse de beber	85 (74,5)	10 (8,7)	19 (16,6)	-	-

Na avaliação dos itens de consumo de bebidas alcoólicas do AUDIT, foi possível observar que no item frequência de consumo 6,1% dos pacientes declararam fazer uso de bebida alcoólica duas ou mais vezes por semana, 4,3% afirmaram consumir mais de cinco doses e 7,9% consumiam mais de seis doses em uma ocasião pelo menos uma vez por mês. Em relação à capacidade do paciente de interromper o consumo da bebida 14,0% dos

pacientes tinham dificuldade em suspender o consumo. Quanto aos prejuízos a outros ou a si mesmo durante o consumo do álcool, 8,7% afirmaram ter tido algum tipo de prejuízo, e 21,0% afirmaram ter sentimentos de culpa ou remorso após a ingestão de bebidas alcoólicas.

A frequência do uso abusivo do álcool entre os pacientes avaliados neste estudo, segundo o *screening* do AUDIT  $\geq 8$ , foi de 10,5%. A pontuação média nesta escala entre os indivíduos foi  $2,77 \pm 0,78$  [CI de 95%; variação: 0-27 escores no AUDIT]. Dados disponibilizados na Tabela 4.

**Tabela 4** Escores de classificação, análise das médias, desvio padrão dos grupos segundo o uso do álcool pelo AUDIT das PVHA. Fortaleza, Ceará, 2015.

<b>Escala de AUDIT</b>					
<b>Escores de Classificação</b>	<b>n (%)</b>	<b>Média (D.P)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>
Baixo Risco (< 8 escores)	102 (89,4)	1,63 (2,0)	1	0	7
Uso de Risco ( $\geq 8$ Escores)	12 (10,5)	12,50 (5,7)	10,5	8	27
<b>Total dos Dados</b>	<b>114 (100)</b>	<b>2,77 (4,26)</b>	<b>1</b>	<b>0</b>	<b>27</b>

As características sociodemográficas e clínicas relacionadas aos escores do AUDIT, Baixo Risco (< 8) e Uso de Risco ( $\geq$  8), estão disponíveis nas Tabelas 5 e 6, respectivamente. Das análises comparativas das características sociodemográficas e clínicas com os escores do AUDIT foi possível constatar que houve uma associação estatisticamente significativa entre o usuário de alto risco e o histórico do uso de álcool (*Odds Ratio*: 4,29; *p*-valor: 0,03) e de drogas ilícitas (*Odds Ratio*: 3,57; *p*-valor: 0,04), não sendo possível mostrar as mesmas associações com as outras variáveis sociodemográficas e nenhuma das variáveis clínicas analisadas, mostrando que estas, não interferiram na ocorrência de um uso de risco para o álcool segundo AUDIT.

**Tabela 5** Associação entre os escores do AUDIT e características sociodemográficas das 114 PVHA em uso de TARV. Fortaleza, Ceará, 2015.

Dados demográficos	Categoria	AUDIT		<i>p</i> -valor	<i>Odds Ratio</i> (I.C 95%)
		< 8 escores (%)	$\geq$ 8 escores (%)		
Sexo	Masculino	54 (52,9)	8 (66,6)	0,37	1,7 (0,5-6,2)
	Feminino	48 (47,0)	4 (33,3)		
Idade (Anos)	$\leq$ 50	90 (88,2)	12 (100)	0,40	3,4 (0,1-62,0)
	> 50	12 (11,7)	0 (0,0)		
Orientação Sexual	Heterossexual	74 (72,5)	11 (91,6)	0,18	4,1 (0,5- 33,7)
	Homo ou Bissexual	28 (27,4)	1 (8,3)		
Anos de Estudo	$\leq$ 8	26 (25,4)	5 (41,6)	0,24	2,0 (0,6-7,1)
	> 8	76 (74,5)	7 (58,3)		
Cor	Pardo	56 (54,9)	7 (58,3)	0,82	1,5 (0,3-3,8)
	Não-pardo	46 (54,1)	5 (41,6)		
Renda Familiar (Salário mínimo)	$\leq$ 2	62 (60,7)	7 (58,3)	0,21	0,46 (1,3-1,5)
	> 2	40 (39,2)	5 (41,6)		
Parceria sexual	Sim	75 (73,5)	9 (75,0)	0,91	1,80 (0,2-4,2)
	Não	27 (26,4)	3 (25,0)		
Filhos	Sim	60 (58,8)	10 (83,3)	0,11	3,5(0,7- 16,8)
	Não	42 (41,1)	2 (16,6)		
Religião	Sim	95 (93,1)	11 (91,6)	0,85	0,81 (0,09- 7,2)
	Não	7 (6,8)	1 (8,3)		
Trabalho	Com rendimento	70 (68,6)	11 (91,6)	0,12	5,0 (0,62 - 40,6)
	Sem rendimento	32 (31,3)	1 (8,3)		
História do Uso de Álcool	Sim	42 (41,1)	9 (75,0)	<b>0,03</b>	4,2 (1,1-16,7)
	Não	60 (58,8)	3 (25,0)		
História de Uso de Drogas ilícitas	Sim	17 (16,6)	5 (41,6)	<b>0,04</b>	3,5 (1,0- 12,6)
	Não	85 (83,3)	7 (58,3)		

**Tabela 6** Associação entre os escores do AUDIT e as características clínicas-epidemiológicas das 114 PVHA em uso de TARV. Fortaleza, Ceará, 2015.

<b>Dados demográficos</b>		<b>&lt; 8 escores (%)</b>	<b>≥ 8 Escores (%)</b>	<b>p-valor</b>	<b>Odds Ratio (I.C 95%)</b>
Exposição ao HIV	Sexual	88 (86,2)	11 (91,6)	0,61	1,7 (0,2-14,6)
	Outras	14 (13,7)	1 (8,3)		
Tempo de diagnóstico do HIV (Anos)	<5	42 (41,1)	2 (16,6)	0,12	0,2 (0,06-1,3)
	≥ 5	60 (58,8)	10 (83,3)		
Carga viral (cópias/ml)	< 10.000	99 (97,0)	12 (100)	0,93	0,8 (0,04-18,0)
	≥ 10.000	3 (2,9)	0 (0,0)		
Células T CD4+ (células/mm <sup>3</sup> )	≤ 200	10 (9,8)	3 (25,0)	0,13	3,0 (0,7-13,2)
	> 200	92 (90,2)	9 (75,0)		
Histórico de IST	Sim	47 (46,0)	6 (50,0)	0,80	1,1 (0,3-3,8)
	Não	55 (53,9)	6 (50,0)		
Internações por complicações do HIV no último ano	Sim	14 (13,7)	1 (8,3)	0,61	0,5 (0,07-4,78)
	Não	88 (86,2)	11 (91,6)		
Tempo do uso de TARV	< 12 meses	12 (11,76)	1 (8,3)	0,72	0,6 (0,08-5,76)
	≥ 12 meses	90 (88,24)	11 (91,6)		

IST= Infecções sexualmente transmissíveis

### 5.3 Associação entre o uso de álcool e a adesão à terapia antirretroviral

Para a análise referente à adesão ao tratamento antirretroviral foi utilizado a escala CEAT-VIH e adotado o ponto de corte de 75 escores na escala para classificação em adesão boa/adequada e estrita (escore bruto  $\geq 75$ ) e inadequada baixa/insuficiente (escore bruto  $< 75$ ). Observou-se que 72 (63,1%) apresentavam escores de adesão classificados como adesão boa/adequada e estrita. A distribuição dos pacientes segundo a classificação do ponto de corte do CEAT-VIH está na Tabela 7.

**Tabela 7** Distribuição das 114 PVHA segundo os escores de adesão a TARV medido pela CEAT-VIH. Fortaleza, Ceará, 2015.

CEAT-VIH					
Escores de Classificação	n (%)	Média (D.P)	Mediana	Mínimo	Máximo
Adesão Baixa/Insuficiente (<75)	42 (36,8)	68,50 (6,09)	69,00	40,00	74,00
Adesão Boa/Adequada ou Estrita ( $\geq 75$ )	72 (63,2)	79,74 (3,15)	79,00	75,00	87,00
Total	114 (100)	75,60 (7,02)	77,00	40,00	87,00

Ao se analisar, mediante a correlação *Spearman*, os escores do questionário CEAT-VIH e AUDIT não foi possível observar correlação estatisticamente significativa entre as duas escalas (Correlação de *Spearman*: 0,095; *p*-valor = 0,32). A análise dos escores médios dos valores obtidos no questionário AUDIT segundo a classificação de adesão do CEAT-VIH não indicou resultados significativos entre nenhuma das classificações (Tabela 8).

**Tabela 8** Distribuição dos escores dos AUDIT, segundo a classificação de adesão segundo CEAT-VIH em PVHA (N=114). Fortaleza, Ceará, 2015.

AUDIT	CEAT-VIH	n	Média(D.P)	<i>p</i> -valor*
Baixo Risco (< 8)	Adesão Baixa/Insuficiente (<75)	36	1,28 (2,02)	0,20
	Adesão Boa/Adequada ou Estrita ( $\geq 75$ )	66	1,81 (2,02)	
Alto Risco ( $\geq 8$ )	Adesão Baixa/Insuficiente (<75)	6	11,00 (3,52)	0,40
	Adesão Boa/Adequada ou Estrita ( $\geq 75$ )	6	14,00 (7,43)	
Total	Adesão Baixa/Insuficiente (<75)	42	2,67 (4,11)	0,83
	Adesão Boa/Adequada ou Estrita ( $\geq 75$ )	72	2,83 (4,37)	

\*Mann-Whitney

#### 5.4 Análise da qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/aids

Na Tabela 9 apresentam-se as medidas descritivas da qualidade de vida dos entrevistados mediante aplicação da escala WHOQOL-HIV Bref, que mensura a qualidade de vida e a saúde geral por meio de seis domínios. Os dados obtidos são apresentados segundo as médias, medianas, valores máximos e mínimos e o desvio-padrão de cada domínio. Analisando-se as médias, foi possível observar que os domínios que obtiveram as menores médias foram: Nível de Independência (15,00) e Meio Ambiente (15,00), enquanto, os domínios Físicos, Relação Social e de Espiritualidade apresentaram as maiores médias. Análise da consistência interna, Alfa de Cronbach, para o questionário mostrou um índice elevado (0,902), foi avaliado também a consistência interna do questionário para cada um dos domínios, onde variou de 0,50 a 0,77, e o domínio do Meio Ambiente foi o que apresentou o índice mais elevado.

**Tabela 9** Distribuição dos escores por domínio do WHOQOL-HIV Bref das 114 PVHA. Fortaleza, Ceará, 2015.

Domínios	Nº de Itens	Média (D.P)	Mediana	Mínimo	Máximo	( $\alpha$ )
<b>Físico</b>	4	16,00 ( $\pm$ 3,57)	17,00	5,00	20,00	0,702
<b>Psicológico</b>	5	15,83 ( $\pm$ 2,64)	16,80	7,20	20,00	0,598
<b>Nível de Independência</b>	4	15,00 ( $\pm$ 2,55)	15,00	7,00	20,00	0,500
<b>Relação Social</b>	4	16,00 ( $\pm$ 3,13)	16,00	6,00	20,00	0,718
<b>Meio Ambiente</b>	8	15,00 ( $\pm$ 2,68)	15,00	7,00	20,00	0,770
<b>Espiritualidade/Religião/Crença</b>	4	16,00 ( $\pm$ 3,92)	16,50	5,00	20,00	0,669

$\alpha$  =Alfa de Cronbach

### 5.5 Avaliação do efeito do álcool na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids

Foram realizadas também associações estatísticas referentes à correlação dos domínios WHOQOL-HIV Bref e a escala AUDIT, não sendo possível associar os escores da escala AUDIT a nenhum dos seis domínios do questionário sobre QV. A descrição de cada um dos domínios do WHOQOL-HIV Bref e a análise da correlação de *Spearman* entre esta escala e o questionário AUDIT estão descritos na Tabela 10.

**Tabela 10** Coeficiente de correlação entre os Domínios do WHOQOL HIV Bref e a escala de AUDIT (N=114), Fortaleza, Ceará, 2015.

Escala de AUDIT	Domínios do WHOQOL HIV Bref					
	Físico	Psicológico	Nível de Independência	Relações Sociais	Meio Ambiente	Espiritualidade/ Religião
<b>Escores</b>	0,062	0,103	0,132	-0,022	-0,064	0,054
<b>p-valor</b>	0,513	0,274	0,16	0,819	0,502	0,567



A análise demonstrada na Tabela 11, que apresenta a análise dos escores médios dos valores obtidos no WHOQOL HIV Bref segundo a classificação de risco no AUDIT das pessoas vivendo com HIV/aids, indicou resultado significativo em dois domínios: o Físico ( $p = 0,01$ ) e o da Relação Social, demonstrando que indivíduos de alto risco para o consumo do álcool apresentam menores escores nestes domínios quando comparados com grupo de baixo risco. Os domínios restantes não demonstraram diferenças estatisticamente significativas quando estas duas populações foram comparadas.

**Tabela 11** Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL HIV Bref, segundo a classificação de risco do AUDIT em pessoas vivendo com HIV/aids (N=114). Fortaleza, Ceará, 2015.

<b>Domínios do WHOQOL-HIV Bref</b>	<b>AUDIT</b>	<b>N</b>	<b>Média (D.P)</b>	<b>p-valor</b>
Físico	< 8 escores	102	16,37 (3,33)	<b>0,01*</b>
	≥ 8 escores	12	13,17 (4,39)	
Psicológico	< 8 escores	102	15,99 (2,44)	0,15
	≥ 8 escores	12	14,47 (3,85)	
Independência	< 8 escores	102	15,12 (2,59)	0,14
	≥ 8 escores	12	14,17 (2,08)	
Relações Sociais	< 8 escores	102	16,11 (2,87)	<b>0,01*</b>
	≥ 8 escores	12	13,00 (3,93)	
Meio Ambiente	< 8 escores	102	15,07 (2,63)	0,71
	≥ 8 escores	12	13,00 (2,90)	
Espiritualidade/Religião	< 8 escores	102	15,97 (3,75)	0,11
	≥ 8 escores	12	13,83 (4,91)	

Escores: < 8=Baixo Risco; ≥8=Alto Risco. \* Mann-Whitney

## 6. DISCUSSÃO

Todos os objetivos propostos foram alcançados. A seguir os achados da pesquisa são discutidos em itens de acordo com o disposto nos resultados, de forma a facilitar o entendimento dos mesmos.

### 6.1 Caracterização sociodemográfica e clínico-epidemiológica das pessoas com HIV/aids em atendimento ambulatorial incluídas no estudo.

Pacientes do sexo masculino foram predominantes na amostra, estando de acordo com outros estudos que trazem o maior número de casos de aids na população masculina (BRASIL, 2014; CUNHA; GALVÃO, 2011; CUNHA; GALVÃO, 2010). A idade dos pacientes encontrou-se em torno de 39 anos, em ambos os sexos, sendo considerada a idade média do país (BRASIL, 2014; SANTOS; FRANÇA; LOPES, 2007).

Quando foi avaliada a opção sexual dos pacientes, a maioria se declarou heterossexual. O predomínio da exposição ao vírus é pela prática heterossexual, mas nos últimos dez anos, houve uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH) (BRASIL, 2014). No contexto epidemiológico da aids, essa população é considerada uma das mais vulneráveis, em virtude da adoção de práticas sexuais desprotegidas e a aquisição de comportamentos de risco, representando um elevado número de casos dessa doença nas categorias de exposição sexual, homo e bissexual (LIMA *et al.*, 2014).

A escolaridade dos pacientes foi analisada conforme anos de estudo e foi observado que a maioria possuía no máximo o ensino médio completo. Dado que concorda com achados de pesquisas nacionais e internacionais, onde prevalece a baixa escolaridade em PVHA (BRASIL, 2014; CUNHA, GALVÃO, 2011; LIMA; FREITAS, 2012; TRAN, 2012). Pessoas com menos anos de estudo apresentam baixa adesão à terapia medicamentosa, onde a escolaridade tornou-se um fator de risco relacionado ao tratamento de PVHA (FIUZA *et al.*, 2013). Já os pacientes com Ensino Médio ou escolaridade superior podem ter maior acesso às informações referentes à infecção pelo HIV, fato que influencia em melhores condições de

convívio com sua condição sorológica e na melhoria da adesão à terapia (GALVÃO *et al.*, 2015).

Em relação à etnia autodeclarada, a maioria dos pacientes referiram a cor parda. Acerca desse aspecto, os dados epidemiológicos brasileiros mostram que no ano de 2013 houve a seguinte distribuição de casos relacionados à cor da população: branca, 44,5%, amarelo, 0,4%, parda, 44,3 % e indígena, 0,3%. No entanto, observa-se um aumento significativo de casos entre os indivíduos autodeclarados pardos e uma queda significativa na proporção de brancos (BRASIL, 2014).

Em pesquisa realizada na Espanha, foi identificado que um pouco mais da metade de imigrantes que viviam com HIV/aids no país eram latino-americanos, logo em seguida vinha a população de africanos, fato que mostra o aumento de caucasianos acometidos pelo vírus (LLENAS-GARCÍA *et al.*, 2012).

Na avaliação da situação econômica, a maior parte dos entrevistados vive com um a dois salários mínimos, e o estudo ainda mostrou relação direta entre renda e escolaridade. Com relação à aids e situação econômica, indivíduos desfavorecidos economicamente e socialmente marginalizados têm maior prevalência da infecção, caracterizando a pauperização da doença ao longo dos anos, entretanto, essa prevalência também pode aparecer em populações de nível econômico maior, dependendo do contexto (FIUZA *et al.*, 2013; SOARES *et al.*, 2015).

Maior parte dos pacientes era casada e vivia com parceiros. O que difere de alguns estudos nacionais que possuíam a maioria dos pacientes solteiros (FIUZA *et al.*, 2013; GALVÃO *et al.*, 2015; SANTOS; FRANÇA; LOPES, 2007). A presença de parceiro no processo de adoecimento tem auxiliado as PVHA a terem melhor enfrentamento da doença e convívio social, além da melhoria na adesão à TARV (FIUZA *et al.*, 2013). O apoio do parceiro e o suporte social têm um papel importante na melhoria da condição de saúde desses pacientes, enquanto o apoio insuficiente de pessoas do meio sócio-familiar ou comunitário pode levar à depressão e à desesperança (SEIDL *et al.*, 2007).

A maioria dos indivíduos do estudo não possuía filhos. O fato de possuir filhos pode reduzir o processo de adesão das mulheres à TARV quando comparado com as que não possuem crianças, em virtude de a mulher ainda ser vista na sociedade como responsável pelos cuidados primários dos filhos, onde a necessidade dos cuidados infantis compete com o

seu autocuidado, prejudicando sua melhoria de saúde (HARRIS *et al.*, 2011; ILIAS; CARANDINA; MARINC, 2011).

Acerca da religião, a maioria afirmou ser católica. A existência de sistemas de apoio, como de líderes religiosos, facilita a adesão à TARV e o enfrentamento da doença (SANTOS *et al.*, 2011). No entanto, vale ressaltar que há pacientes que acreditam no poder da cura mediante a oração, não aderindo ao tratamento nem as orientações de saúde de forma adequada (FAKOYA *et al.*, 2012).

As igrejas desempenharam um papel importante na vida social e espiritual dos indivíduos, como um espaço que ajuda, orienta e acolhe as pessoas soropositivas para o HIV (LEMOS; ECCO, 2014). Neste ponto, é importante mencionar que a espiritualidade se torna um fator importante na vida dos pacientes, sendo associada a uma percepção de melhoria na vida e sensação de bem-estar, além de desenvolverem diferentes formas de enfrentamento e novas crenças para lidar com o vírus (MORA; MIRA, 2012). A busca pela religiosidade acarreta crescimento espiritual e psicológico, proporcionando sentimentos de conforto e melhoria da qualidade de vida (GALVÃO *et al.*, 2013).

Sobre a situação ocupacional, a maioria estava empregada à época do estudo. Dado semelhante a outros estudos nacionais, onde abordam a importância do emprego como um componente importante para melhoria da qualidade de vida, auto-estima, satisfação com a vida e inserção social (CUNHA, 2014; FIUZA *et al.*, 2013; GALVÃO *et al.*, 2015). Com o advento da TARV e a conseqüente cronicidade da doença, PVHA tendem a construir perspectivas de projetos na vida profissional, com a inserção no mercado de trabalho (GASPAR *et al.*, 2011).

O desemprego e a exclusão do mercado de trabalho conduzem o indivíduo a uma pior condição de saúde. Fato que pode ser bastante presente na vida de PVHA, visto que muitos pacientes são despedidos em virtude da ausência do ambiente de trabalho por conta das frequentes consultas ou realização de exames, para acompanhamento do seu quadro clínico. A maioria dos indivíduos acometidos pelo vírus opta pelo silêncio diante do diagnóstico de soropositividade para o HIV, com receio do preconceito que possa vir a sofrer, visto que a doença é fortemente marcada pelo seu estigma e preconceito impostos pela sociedade, ou até mesmo se demitem quando surgem manifestações clínicas da doença ou de efeitos colaterais dos antirretrovirais em uso (FREITAS *et al.*, 2012).

O uso de álcool nessa população é um dado preocupante, visto que o uso dessa substância pode acarretar danos à saúde desses pacientes independente da quantidade de uso. Com o aumento da expectativa de vida dessa população e aquisição de comportamentos de risco, como uso de substâncias que causam dependência, estima-se que cerca de 44,0% da população que vive com HIV/aids tenham distúrbios com uso do álcool e outras drogas, cuja proporção é maior do que na população em geral (ORWAT *et al.*, 2011). Além disso, o alto uso de álcool influencia negativamente na condição de saúde desses indivíduos, além do aumento do risco de transmissão do vírus, aquisição de comportamentos sexuais de risco e não adesão à terapia medicamentosa (WANDERA *et al.*, 2015).

Quanto ao uso de drogas ilícitas, a maioria dos pacientes nunca fez uso de nenhuma substância. Resultado semelhante a estudo realizado no estado de São Paulo, onde nenhum dos indivíduos da pesquisa fazia uso de substâncias ilícitas, apesar de ter aumentado, ao longo dos anos, o número de PVHA que fazem uso dessas substâncias (LIMA; FREITAS, 2012).

Em virtude do advento da terapia antirretroviral e a cronicidade da doença, PVHA tendem a se envolver em comportamentos de risco, como uso de substâncias que causam dependência e que podem afetar consideravelmente na adesão à TARV, influenciando negativamente na sua condição de saúde (MILLOY *et al.*, 2012). Estudo longitudinal realizado com pacientes com HIV caucasianos e afro-americanos foi observado que esses últimos tiveram maiores taxas de uso de substâncias e consequente baixa adesão à TARV quando comparado com os caucasianos (THAMES *et al.*, 2012).

No Vietnã há uma grande epidemia de pessoas infectadas pelo HIV em virtude do uso de drogas injetáveis. Embora a prevalência do HIV entre os usuários dessas substâncias tenha reduzido moderadamente ao longo da última década, passando de 29,4% em 2002 para 18,4% em 2009, esses indivíduos permanecem sendo o maior grupo de risco no país (TRAN *et al.*, 2012).

A principal via de transmissão foi a sexual, estando de acordo com os dados epidemiológicos nacionais, onde os indivíduos acima de 13 anos se contaminam com HIV pela prática sexual, em ambos os sexos, diferindo do início da epidemia, onde os mais acometidos eram usuários de drogas e pessoas que faziam transfusão sanguínea (BRASIL, 2014). Fato observado também a nível internacional, como na China, onde até o ano de 2009, quase 100% da população infectada com HIV era mediante transfusão sanguínea, após a presente data, a maior forma de transmissão do vírus é pelo contato sexual (SUN *et al.*, 2013).

Em relação ao tempo de diagnóstico dos pacientes, a maioria tinha conhecimento da doença há mais de um ano. Estudos populacionais mostram aumento da expectativa de vida

de PVHA, com uma mediana de 32,5 anos, em virtude dos avanços na terapia antirretroviral que levaram à diminuição da morbidade e da mortalidade causada pela doença (REIS; SANTOS; GIR, 2012; SOARES *et al.*, 2015).

As idades elevadas e tempo de doença de 2 a 4 anos se apresentam como fatores de proteção na progressão da aids (OLIVEIRA *et al.*, 2013) e os grupos com menos tempo de diagnóstico apresentam melhor adesão à TARV (SOARES *et al.*, 2015). Além disso, pode também influenciar na QV da população, onde quanto maior o tempo de diagnóstico melhor a QV, isso pode ser relacionado ao processo de adaptação ao diagnóstico, aceitação da infecção e as novas relações sociais desenvolvidas (SILVA; SALDANHA; AZEVEDO, 2010; FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

Em relação aos dados clínicos, a taxa de células CD4 + foi superior a 300 células e a carga viral da maioria dos pacientes apresentou-se como indetectável, sendo possível evidenciar relação inversa entre esses dois dados. Esses parâmetros funcionam como marcadores de progressão da doença e morte. Quando existe inversão proporcional desses dois valores, com a consequente redução da carga viral, há efetividade no tratamento farmacológico e melhoria da condição de saúde do indivíduo. A contagem de células CD4+ também funciona para avaliar a necessidade de inclusão de outros medicamentos à terapia, uma vez que sua baixa contagem representa aumento da viremia e piora do quadro clínico do paciente (BRASIL, 2013).

O curso da infecção pelo HIV assume variações de acordo com as características pessoais de cada paciente. Na fase inicial da infecção há o aumento considerável da carga viral durante as primeiras semanas, que induz o aumento da resposta humoral, sendo marcada por sintomas de uma infecção aguda. A segunda fase é marcada pela redução da carga viral, mantendo-se em um valor constante durante alguns anos, sendo conhecida como fase crônica. Nessa segunda fase, há a redução das células CD4+, mas é na fase seguinte, aids, que há a queda drástica desses linfócitos e um forte aumento da carga viral. Essa última fase é marcada pela presença de infecções oportunistas, onde uma variedade de células do organismo torna-se suscetível ao vírus (ALIZON; MAGNUS, 2012).

Assim, é de extrema importância o acompanhamento das taxas de linfócitos CD4+ e da carga viral, visto que funcionam como marcadores de progressão da doença e acompanhamento do quadro clínico do paciente. Pacientes com baixa contagem de linfócitos CD4+ e elevada carga viral estão mais propensos a desenvolverem sintomas da doença, infecções oportunistas e até mesmo a morte (FERREIRA; OLIVEIRA, PANIAGO, 2012).

A maioria dos pacientes não tinha história de outras IST, mas dos que apresentaram a maior prevalência foi de HPV e sífilis. A infecção persistente de HPV tem alto risco oncogênico que induz o cancro cervical, tendo uma repercussão mais agressiva em mulheres soropositivas para o HIV, onde quanto maior a carga de HIV maior o risco de prevalência de HPV, independente da contagem de células CD4+. Nestas mulheres, a imunodeficiência progressiva causada pela infecção viral aumenta significativamente a taxa de risco de aquisição do HPV e a piora do seu quadro clínico, acarretando mais frequentemente lesões cervicais de alto grau escamosas intra-epiteliais e câncer invasivo (KONOPNICKI *et al.*, 2013).

Em relação a internações anteriores em virtude da doença, poucos pacientes haviam se internado. Isso é um bom resultado, visto que o número de complicações causadas pela doença está reduzido nessa população. De acordo com estudo realizado em Salvador, a hospitalização anterior ao início do tratamento funcionou como um fator de incentivo à adesão medicamentosa. Entre os indivíduos que se hospitalizaram até seis meses antes do início da terapia a chance de aderir ao tratamento foi 75% maior que aqueles que não se hospitalizaram ou se hospitalizaram há mais de seis meses antes do início da TARV (SILVA *et al.*, 2015).

O tempo de uso dos antirretrovirais pode influenciar diretamente na QV desses pacientes, onde se observa o declínio da QV ao longo dos anos de PVHA em uso de TARV, fato que pode ser atribuído à fadiga ao tratamento em virtude do tempo e o aumento da sensibilidade aos efeitos adversos da droga (MUNENE; EKMAN, 2014).

A média do número de comprimidos ingeridos foi semelhante a outro estudo nacional (FIUZA *et al.*, 2013). O número de comprimidos diários pode influenciar na taxa de adesão inadequada da terapia, onde para cada comprimido ingerido, o risco para a não-adesão aumenta em 12% (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008). Isso favorece uma ameaça nos planos individuais e coletivos, em virtude da baixa adesão à terapia, a disseminação do vírus e a consequente resistência viral (SILVA *et al.*, 2015).

Estudo realizado mostrou que a substituição da terapia por um único comprimido melhorou significativamente a adesão à TARV, a curto e longo prazo, a resposta imunológica, além de melhorias na QV desses pacientes (AIROLDI *et al.*, 2010). Assim, faz-se necessário a utilização de esquemas terapêuticos simples e adequados para favorecer a adesão

medicamentosa, onde se deve considerar o perfil biopsicossocial do indivíduo e suas rotinas (FIUZA *et al.*, 2013).

Os antirretrovirais mais utilizados foram lamivudina, tenofovir e efavirenz. Os medicamentos recomendados para o início da terapia antirretroviral geralmente são menos tóxicos e de menor custo, compondo três classes de medicamentos: Inibidores da transcriptase reversa análogos de nucleosídeos e nucleotídeos; Inibidores da transcriptase reversa não análogos de nucleosídeos e Inibidores da protease reforçados com ritonavir. A decisão pela escolha do tratamento vai depender de alguns fatores como eficácia e toxicidade imediata e a longo prazo, presença de coinfeções, uso concomitante de outros medicamentos, interação com alimentos, custo do medicamento, potencial adesão e adequação à rotina do paciente (BRASIL, 2013).

## **6.2 Avaliação do padrão de uso do álcool em pessoas vivendo com HIV/aids, segundo AUDIT e as variáveis sociodemográficas e clínico-epidemiológicas**

O AUDIT é um instrumento que vem sendo utilizado com frequência, tanto em estudos nacionais quanto internacionais, para avaliar o consumo de álcool na população que vive com HIV/aids (BROYLES *et al.*, 2011; CARDOSO, 2014; PARSONS; ROSOF; MUSTANSKI, 2007; REGO *et al.*, 2011; SCHWITTERS *et al.*, 2015).

Em estudo brasileiro realizado com pacientes em uso de TARV os valores de frequência do uso de álcool foram superiores ao da amostra, nesse estudo a população de pacientes considerados como bebedores de risco foi de 33 % (REGO *et al.*, 2011). Em outro estudo, realizado em Uganda, a porcentagem de pacientes em uso de álcool foi de 5,2%, valor mais próximo ao da amostra (WANDERA *et al.*, 2015).

Os dados epidemiológicos mostram que há uma prevalência maior no sexo masculino de indivíduos classificados como bebedores de risco na população que vive com HIV/aids e que fazem uso de álcool (BROYLES *et al.*, 2011; CHANDER *et al.*, 2008; HARRIS *et al.*, 2011; WANDERA *et al.*, 2015), e tende a se concentrar mais na população jovem, principalmente na faixa etária de 18-24 anos, quando comparado com a população entre 45 a



54 anos (KORTHUIS *et al.*, 2012; SOBOKA *et al.*, 2014), dados que se assemelham ao presente estudo.

O consumo de álcool considerado de risco foi quase exclusivamente na população heterossexual do estudo. Fato que difere de estudo realizado, onde os pacientes do sexo feminino, heterossexuais e que nunca fizeram uso de drogas injetáveis foram mais propensos a não fazerem uso de álcool (WILLIAMS *et al.*, 2014). Quanto à raça, a maior prevalência de uso de álcool em PVHA em uso de TARV encontra-se na população negra/africana-americana, quando comparada com a população branca (KORTHUIS *et al.*, 2012; WILLIAMS *et al.*, 2014), dado que diferiu do presente estudo, onde a maior prevalência de uso de álcool foi na população parda, fato que pode ser associado às diferenças sociais, culturais e raciais dos dois países.

Pessoas que apresentaram nível de escolaridade intermediário para alto e baixo poder aquisitivo foram os que mais consumiram bebidas alcoólicas. Esses dados diferem em parte de alguns estudos, onde a baixa escolaridade e a baixa renda foram significativamente associadas com transtornos por uso de álcool, onde indivíduos com melhores condições financeiras tinham menor probabilidade de ter transtorno relacionado ao uso dessa substância (GOAR *et al.*, 2011; SOBOKA *et al.*, 2014). Em outros estudos não foi encontrada qualquer relação significativa entre renda e consumo abusivo de álcool (CHANDER *et al.*, 2008, WANDERA *et al.*, 2015), informação semelhante ao presente estudo.

Quando observada a situação conjugal, estudos encontraram associação entre maior uso de álcool em pacientes que vivem com HIV/aids solteiros quando comparado com os participantes casados (GOAR *et al.*, 2011; SOBOKA *et al.*, 2014). Resultado divergente do nosso estudo e de outro, o qual trouxe nos seus resultados que pacientes vivendo com HIV que apresentavam companheiros foram mais propensos a fazerem uso de bebida alcoólica (WILLIAMS *et al.*, 2014).

Dentre as causas do consumo de álcool em PVHA destacam-se o incentivo ou até mesmo a pressão imposta pelos parceiros, o fácil acesso à bebida, influência de amigos, parentes e histórico familiar de consumo de álcool (SOBOKA *et al.*, 2014). Além disso, pessoas que vivem com HIV/aids podem ser mais propensas a usar o álcool e, posteriormente, desenvolver problemas relacionados ao uso dessa substância, em virtude de tentar se socializar e até mesmo enfrentar o diagnóstico (ELLIOTT *et al.*, 2014).

A religião tem influência significativa na vida dos indivíduos, estudo realizado em Uganda mostrou que indivíduos de religião anglicana, pentecostal / muçulmanos, tiveram uma prevalência de 89% menor de uso de álcool quando comparado com outras religiões, fato que se justifica pela proibição do consumo de álcool nessas religiões. Não houve diferença estatística na prevalência de abuso de álcool entre as os anglicanos e os católicos romanos (WANDERA *et al.*, 2015). Mas já em outro estudo houve diferença entre religiões, o qual trouxe que os cristãos ortodoxos tinham duas vezes maior probabilidade de serem consumidores de álcool quando comparados com os muçulmanos (SOBOKA *et al.*, 2014).

Histórico de uso de álcool teve relação significativa com o atual uso de risco de álcool, fato diferente quanto ao histórico de uso de drogas ilícitas, que não teve relação com o consumo de risco, dados estatisticamente significativos. O uso de drogas ilícitas é presente na população que vive com HIV/aids e os pacientes fazem uso dessa substância após o uso de bebidas alcoólicas. Essas práticas de risco acarretam o aumento na probabilidade de transmissão do HIV tanto na forma sexual como no compartilhamento de seringas durante o uso de drogas injetáveis, fazendo-se necessários esforços para a prevenção e intervenções para essa comorbidade (LUO *et al.*, 2013).

Em relação aos marcadores de progressão da doença, indivíduos que fazem uso de bebidas alcoólicas apresentam menor contagem de linfócitos T CD4+ e maior carga viral quando comparado com os que não as consumiam (SHUPER *et al.*, 2010; BRASIL, 2013; ELLIOTT *et al.*, 2014). Pacientes com a contagem de células CD4+ inferior a 200 células/mm<sup>3</sup> tem maiores chances de serem menores consumidores de álcool (SOBOKA *et al.*, 2014) e os indivíduos com carga viral indetectável são mais propensos a fazerem uso de bebidas alcoólicas quando comparado com os que apresentam maior carga viral (KORTHUIS *et al.*, 2012).

### **6.3 Associação entre o uso de álcool e a adesão à terapia antirretroviral em pessoas que vivem com HIV/aids**

Com o advento da terapia antirretroviral houve a cronicidade da doença, mas para o alcance desse sucesso é fundamental a manutenção de altas taxas de adesão do paciente ao tratamento, o que se tornou um dos maiores desafios no controle da infecção (NEMES *et al.*, 2009; FIUZA *et al.*, 2013). Os fatores que influenciam na adesão podem estar relacionados ao indivíduo, à doença e ao tratamento (REGO *et al.*, 2011).

Dentre as inúmeras causas de abandono e baixa adesão ao tratamento medicamentoso em PVHA têm-se o etilismo e uso de outras drogas ilícitas, efeitos colaterais da medicação, realização de outro tratamento de saúde, número de comprimidos diários, tempo de tratamento prolongado, baixo suporte social e familiar, fraca relação médico-paciente (REGO *et al.*, 2011; SANTOS, 2011), esquecimento de tomar as medicações, muitas ocupações diárias, mudança na rotina e sentimentos de depressão (SAHA *et al.*, 2014).

O álcool é considerado uma droga de fácil acesso e pode estar relacionado a questões sociais e culturais (HARRIS *et al.*, 2011). O uso dessa substância tem-se mostrado como um forte preditor de falhas na adesão medicamentosa e piora no desfecho clínico de PVHA que fazem uso dessa substância quando comparado com pacientes que não fazem consumo de bebidas alcoólicas (AZAR *et al.*, 2010; HENDERSHOT *et al.*, 2009; REGO; REGO, 2010; WANDERA *et al.*, 2015). Quanto maior o consumo de álcool, maior o índice de não adesão à TARV (REGO *et al.*, 2011; SHUPER *et al.*, 2010).

O álcool influencia na adesão porque pode levar o indivíduo a não fazer uso correto das medicações, para cumprirem suas funções sociais como ir a festas e bares, locais onde se tem acesso às bebidas; por falta de doses ou por medo de efeitos tóxicos da possível interação entre a medicação e o álcool (HARRIS *et al.*, 2011; SANTOS *et al.*, 2011), visto que quando ocorre essa associação, uso de álcool e terapia medicamentosa em PVHA, há maior risco de eventos adversos e toxicidades (MCCANCE-KATZ *et al.*, 2012). Além disso, no Brasil, tem uma forte influência cultural quanto a não mistura de bebidas alcoólicas com uso de medicações, onde mesmo os pacientes que têm boa adesão, preferem não tomar a medicação quando fazem uso de bebidas alcoólicas (SANTOS *et al.*, 2011).

O álcool pode interagir tanto com o HIV quanto com os antirretrovirais, acarretando danos à saúde do indivíduo como o aumento da replicação viral, redução da eficácia da terapia medicamentosa, aumento da toxicidade neuronal, redução da sobrevivência dos pacientes que vivem com HIV em virtude da supressão imunitária e aceleração da progressão da doença, além de danos multissistêmicos que atingem órgãos como fígado e pâncreas (KUMAR *et al.*, 2012).

Em uma análise multivariada com 1.910 pacientes que tomavam medicamentos antirretrovirais desenvolvida nos Estados Unidos, observou-se que as pessoas que consumiam bebida alcoólica tinham pior adesão ao tratamento quando comparado com os que não consumiam, ou seja, a não adesão ao tratamento aumentou conforme o nível de gravidade do consumo de bebidas alcoólicas (PARSONS *et al.*, 2007).

Foram realizados estudos, nacional e internacionais, que avaliam a influência do uso de álcool na adesão à terapia medicamentosa mediante o uso do AUDIT e outros instrumentos que avaliam a auto adesão terapêutica (BROYLES *et al.*, 2011; WOOLF-KING *et al.*, 2014; REGO *et al.*, 2011; WANDERA *et al.*, 2015), mas não foi encontrado estudos que avaliassem essa influência com uso do AUDIT e a escala de adesão de CEAT-VIH.

Como observado esses pacientes, que vivem com HIV/aids e fazem uso de álcool, são mais vulneráveis socialmente, onde essa comorbidade pode acarretar danos deletérios à saúde dessa população, sendo necessárias estratégias de redução de danos e terapia medicamentosa para aumentar as chances de sucesso do uso da TARV (TEIXEIRA *et al.*, 2013). Os pacientes devem ser encorajados a desenvolver estratégias para melhorar a adesão, como utilizar sistemas de alarme que forneçam lembretes oportunos sobre tomar medicação, disponíveis em seus telefones celulares ou outros dispositivos. Além da participação da família nesse processo, fornecendo apoio e incentivo na adesão ao tratamento (SANTOS, 2011).

A manutenção de baixos níveis de consumo de álcool é altamente relevante para a melhoria da saúde dos indivíduos infectados pelo HIV, pois a associação da doença com o consumo de álcool pode acarretar prejuízos ao funcionamento do sistema imunológico e o consequente aumento das cargas virais, além da redução na adesão à terapia, prejudicando a qualidade de vida desses indivíduos (BAUM *et al.*, 2010; ELLIOTT *et al.*, 2014; SHUPER *et al.*, 2010)

#### **6.4 Análise da qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/aids**

Em relação a média de escores, no âmbito geral, referentes à qualidade de vida no presente estudo foi equivalente a uma percepção superior em todos os domínios da escala. Estudos realizados no Brasil mostraram que a média dos escores dos domínios da escala de QV variou de intermediária a superior, onde o domínio com maior escore de QV foi o social (FIUZA, 2012), e os de menores escores foi nível de Independência e Meio ambiente (REIS, 2008), dados semelhantes ao presente estudo.

Quando comparado a média de escores de QV identificados nesse estudo com estudos internacionais, observou-se que foi semelhante ao de outra pesquisa realizada na Nigéria, e que também utilizaram o mesmo instrumento, destacando-se a percepção superior em relação à QV para a maioria dos domínios da escala (FATIREGUN; MOFOLORUNSHO; OSAGBEMI, 2009).

Já em um estudo realizado no Vietnã, os escores médios em relação à QV após aplicação do WHOQOL-HIV-Bref evidenciou que a maioria dos entrevistados apresentou média de escore intermediária (TRAN *et al.*, 2012) diferindo do presente estudo, onde a média de escores apresentou percepção superior em relação à QV. Além de trazer também que o menor escore de QV foi no domínio Social e o maior no domínio Meio Ambiente, diferindo também do presente estudo, que mostrou melhor escore nos domínios Social, Físico e de Religião/Espiritualidade/Crença.

#### **6.5 Avaliação do efeito do álcool na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids**

O termo QV começou a ser utilizado no campo de pesquisa do HIV/aids na década de 90, tornando-se de extrema importância, visto que busca informações acerca de fatores que influenciam na saúde desses indivíduos (RAZERA, 2007). PVHA enfrentam problemas fisiológicos, psicológicos, sociais, socioculturais que são causados por inúmeros fatores, dentre os quais infecções oportunistas, efeitos colaterais da TARV, estigma e preconceito. Fatos que acarretam consequências multidimensionais como sofrimento pessoal, impacto

social do diagnóstico, estigma e desconforto em lidar com a progressão da doença, os quais influenciam diretamente na QV desses pacientes (TESFAY *et al.*, 2015).

Dentre outros fatores destacam-se os comportamentais, como uso de substâncias que causam dependência e que também tem forte influência na QV dessa população. Dentre essas substâncias destaca-se o consumo do álcool que pode influenciar na QV de PVHA, o qual pode ser utilizado como forma de consolo e libertação do estresse mental desses pacientes (SUN *et al.*, 2013).

Assim, viu-se a necessidade de avaliar o impacto do uso do álcool na QV de pessoas vivendo com HIV/aids, mediante uso de instrumentos específicos que analisam essas variáveis. Apesar da limitação de estudos, alguns analisaram essa associação e observaram que o álcool pode influenciar negativamente na QV de PVHA (BAEZA; MILINKOVIC; ARENAS-PINTOSUN, 2014; SUN *et al.*, 2013; TRAN *et al.*, 2014).

O presente estudo identificou associação estatística entre o uso de álcool e os domínios Social e Físico da escala WHOQOL-HIV Bref, onde pacientes em uso de risco de álcool apresentaram baixos valores desses domínios quando comparado com os pacientes em baixo uso de álcool. O domínio Físico avalia dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso de pessoas que vivem com HIV/aids; já o domínio Social avalia as relações pessoais; apoio social; atividade sexual e inclusão social desses indivíduos (PASSOS; SOUZA, 2015).

Quando há a presença de redes sociais de apoio e o envolvimento da família observa-se redução do estigma e preconceito imposto pela doença e a consequente melhoria da QV de PVHA (SRISORRACHATR; ZAW; CHAMROONSAWASDI, 2013). Além disso, emprego, presença de parceiro, melhores condições socioeconômicas, tempo de uso de TARV estão relacionados com melhores pontuações nas diferentes dimensões da escala de QV (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; TRAN *et al.*, 2012). O nível educacional também pode melhorar a qualidade de vida relacionada à saúde de pessoas que vivem com HIV/aids, uma vez que facilita a aceitação do diagnóstico e pode melhorar o acesso à informação e aos cuidados dessa doença (CARDONA-ARIAS *et al.*, 2011).

Altos níveis de QV em PVHA são de extrema importância para a manutenção da saúde dessa população, visto que melhorias na contagem de células CD4+ são associadas com altos escores de QV, mostrando que essa variável influencia no sistema imunológico desses pacientes (NGLAZI *et al.*, 2014). Além do que pacientes com baixa contagem de CD4+ e

elevada carga viral são mais propensos a sintomas da doença, a infecções oportunistas e a uso de maior número de medicamentos que afetam a QV negativamente (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012).

E esses marcadores de progressão da doença sofrem influência negativa em função do uso do álcool, onde pacientes com maior consumo dessas substâncias acarretam piora no seu quadro clínico, com aumento da carga viral e redução da contagem de células CD4+, ocasionando a soroconversão para a aids e o consequente aumento da mortalidade desses indivíduos (AZAR *et al.*, 2010; SHUPER *et al.*, 2010), logo, esses fatores são interligados, mostrando relação entre álcool e qualidade de vida de PVHA.

## 7. CONCLUSÃO

No presente estudo o perfil sociodemográfico mostrou que a maioria das PVHA em uso de TARV era do sexo masculino, na faixa etária de 30-50 anos, casada, autorreferiu a cor parda e tinha no máximo o ensino médio completo. A maior parte apresentava rendimentos à época do estudo e possuíam religião. Quanto às características clínico-epidemiológicas, destacaram-se a categoria de exposição sexual, com orientação heterossexual, que morava com parceiro e que não tinha história de uso de álcool nem drogas ilícitas. Ademais, a maioria apresentou carga viral indetectável e contagem de células CD4+ acima de 350 células/mm<sup>3</sup>.

A quantidade de pacientes considerados de baixo risco para o uso de álcool foi maior que as pessoas consideradas de alto risco para o uso dessa substância. Onde houve relação estatística significativa entre o histórico de uso de álcool e de drogas ilícitas com o alto risco de uso de álcool.

A maioria dos pacientes teve boa/adequada adesão à TARV e altos níveis de QV, onde as menores médias dos escores dessa escala foram encontradas nos domínios Nível de Independência e Meio Ambiente. Além disso, alto nível de consumo de álcool teve associação com baixos níveis nos domínios Físico e Relação Social.

Dessa forma, o estudo foi capaz de identificar o perfil dos PVHA que fazem uso de TARV, além dos parâmetros de saúde, uso de álcool, adesão à TARV e qualidade de vida. Assim, a pesquisa tem sua relevância, visto que o estudo foi importante para cumprir uma lacuna no conhecimento trazendo informações que não existiam sobre essa população no local do estudo.

Como limitação do estudo teve o baixo número de pacientes, visto que dificultou as análises estatísticas. Além de poucos estudos na literatura que abordassem a temática, dificultando as discussões.

As hipóteses testadas foram que o uso de álcool em PVHA acarretaria baixa adesão à terapia antirretroviral e baixa qualidade de vida nessa população. Ao final do estudo, constatou-se que para essa amostra houve piora nos escores de percepção da QV para os domínios Físico e Relação Social da escala utilizada (WHOQOL-HIV-Bref), mas não houve relação estatística entre o uso do álcool e adesão à TARV.

A partir disso, sugerem-se novos estudos que contemplem as limitações da presente pesquisa, com objetivo de conhecer o perfil das PVHA e os fatores que podem influenciar na



saúde dessa população, buscando reduzir os danos e os efeitos deletérios que podem ser ocasionados na vida desses indivíduos em virtude de atitudes comportamentais de risco.

Por fim, estudos com esses objetivos podem servir de subsídio para fornecer informações que poderão ser utilizadas tanto no ensino quanto na assistência de enfermagem, assim como para a implementação de intervenções direcionadas as necessidades existentes na vida de PVHA, buscando a melhoria da saúde e da QV desses indivíduos, além da aquisição de hábitos de vida saudáveis, buscando sempre a promoção da saúde.

## REFERÊNCIAS

- ALIZON, S.; MAGNUS, C. Modelling the Course of an HIV Infection: Insights from Ecology and Evolution. **Viruses**, v. 4, n. 10, p. 1984-2013, 2012.
- AIROLDI, M.; ZACCARELLI, M.; BISI, L.; BINI T, ANTINORI, A.; MUSSINI, C.; BAI, F.; OROFINO, G.; SIGHINOLFI, L.; GORI, A.; SUTER, F.; MAGGIOLO, F. One-pill once-a-day HAART: a simplification strategy that improves adherence and quality of life of HIV-infected subjects. **Patient Preference and Adherence**, v. 4, p. 115-25, 2010.
- AZAR, M. M.; SPRINGER, S. A.; MEYER, J. P.; ALTICE, F. L. A systematic review of the impact of alcohol use disorders on HIV treatment outcomes, adherence to antiretroviral therapy and health care utilization. **Drug Alcohol Depend**, v. 112, n. 3, p. 178-93, 2010.
- BAGBY, G. J.; ZHANG, P.; PURCELL, J. E.; DIDIER, P. J.; NELSON, S. Chronic binge ethanol consumption accelerates progression of simian immunodeficiency virus disease. **Alcoholism Clinical Experimental Research** , v. 30, n.10, p.1781-90, 2006.
- BAEZA, A. G.; MILINKOVIC, A.; ARENAS-PINTO, A. Low clinical relevance of risky alcohol consumption in a selected group of high adherent HIV-infected patients attended. **Journal of the International AIDS Society**, v. 17, n. 4 (Supl 3), e:19659, 2014.
- BABOR, T. F; HIGGINS-BIDDLE, J. C; SAUNDERS, J. B; MONTEIRO, M. G. AUDIT. **Cuestionario de Identificación de los Transtornos debidos al Consumo de Alcohol Pautas para su utilización em Atención Primaria. Organización Mundial de La Salud.** Departamento de Salud Menta y Dependencia de Sustancias, Geneva. 2001.
- BARTA, W. D.; PORTNOY, D. B.; KIENE, S. M.; TENNEN, H.; ABU-HASABALLAH, K. S.; FERRER, R. A daily process investigation of alcohol-involved sexual risk behavior among economically disadvantaged problem drinkers living with HIV/AIDS. **AIDS and Behavior**, v. 2, n. 5, p. 729-40, 2008.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Scientia Medica**, v. 17, n. 4, p. 229-232, 2007.
- BAUM, M. K.; RAFIE, C.;LAI, S.; SALES, S.; PAGE, J. B.; CAMPA, A. Alcohol use accelerates HIV disease progression. **AIDS Research and Human Retroviruses**, v. 26, n. 5, p. 511-8, 2010.
- BRABATTI, L. P. **Compartilhando olhares, diálogos e caminhos: adesão ao tratamento anti-retroviral e qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/Aids em Maputo, Moçambique.** 2007. 267 f. Tese (Doutorado) - Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST.** Ano IV, n ° 01, até semana epidemiológica 26<sup>a</sup> - junho de 2015, Brasília, 2015.
- BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília, 2002.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/aids**. Brasília, 2013.

BRYANT, K. J. Expanding research on the role of alcohol consumption and related risks in the prevention and treatment of HIV/AIDS. **Substance Use and Misuse**, v. 41, n. (10-12), p.1465-1507, 2006.

BROYLES, L. M.; GORDON, A. J.; SEREIKA, S. M.; RYAN, C. M.; ERLIN, J. A. Predictive Utility of Brief AUDIT for HIV Antiretroviral Medication Nonadherence. **Substance Abuse**, v. 32, n. 4, p. 252-261, 2011.

CARDOSO, L. R. D. **Sintomas de ansiedade e depressão, nível de estresse, uso de álcool e outras drogas e repertórios de habilidades sociais como fatores relacionados ao comportamento sexual de risco em pessoas infectadas pelo HIV em tratamento na cidade de São Paulo**. 2014. 190 f. Tese (Doutorado) - Programa de Fisiopatologia Experimental, Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo, 2014.

CARDONA-ARIAS, J.; PELÁEZ-VANEGAS, L.; LÓPEZ-SALDARRIAGA, J.; DUQUE-MOLINA, M.; LEAL-ÁLVAREZ, O. Calidad de vida relacionada con la salud en adultos con VIH/sida, Medellín, Colombia, 2009. **Biomédica**, v. 31, n. 4, 532-44, 2011.

CHANDER, G.; JOSEPHS, J.; FLEISHMAN, J. A.; KORTHUIS, P. T.; GAIST, P.; HELLINGER, J.; GEBO, K. Alcohol use among HIV-infected persons in care: results of a multi-site survey. **HIV Medicine**, v. 9, n. 4, p.196-202, 2008.

CHIBANDA, D.; BENJAMIN, L.; WEISS, H. A.; ABAS, M. Mental, Neurological, and Substance Use Disorders in People Living With HIV/AIDS in Low- and Middle-Income Countries. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 67, n. 1, p. 54-67, 2014.

COELI, C. M.; FAERSTEIN, E. Epidemiologia. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. E.; WERNECK, G. L. (Ed.). **Estudos de coorte**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 237-250.

COLOMBRINI, M. R. C.; COLETA, M. F. D.; LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 42, n. 3, p. 490-5, 2008.

CONIGLIARO, J.; GORDON, A. J.; MCGINNIS, K. A.; RABENECK, L.; JUSTICE, A. C. How harmful is hazardous alcohol use and abuse in HIV infection: Do health care providers know who is at risk? **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 33, n. 4, p.521-25, 2003.

CUNHA, G. H. **Influência do suporte social sobre parâmetros de saúde de pessoas vivendo com HIV/aids**. 2014. 143 f. Tese (Doutorado) – Centro de Ciências da Saúde, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2014.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Contexto sociodemográfico de pacientes com HIV/aids atendidos em consulta de enfermagem. **Revista de Enfermagem UFPE online**, v. 5, n. 3, p. 713- 721, 2011.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o vírus da imunodeficiência humana/ síndrome da imunodeficiência adquirida em assistência ambulatorial. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 23, n. 4, p. 526-532, 2010.

EDELMAN, E. J.; TETRAULT, J. M.; FIELLIN, D. A. Substance Use in Older HIV-Infected Patients. **Current Opinion in HIV and AIDS**, v. 9, n. 4, p. 317-324, 2014.

ELLIOTT, J. C.; AHARONOVICH, E.; O'LEARY, A.; WAINBERG, M.; HASIN, D. Drinking motives as prospective predictors of outcome in an intervention trial among heavily drinking HIV patients. **Journal of Drug and Alcohol Dependence**, v. 1, n. 134, p. 290–295, 2014.

FAKOYA, I.; JOHNSON, A.; FENTON, K.; ANDERSON, J.; NWOKOLO, N.; SULLIVAN, U. M.; MUNDAY, P.; QUEIMADURAS, F. Religion and HIV diagnosis among Africans living in London. **HIV Medicine**, v. 13, n. 10, p. 617-22, 2012.

FATIREGUN, A. A.; MOFOLORUNSHO, K. C.; OSAGBEMI, K. G. Quality of life people living with HIV/aids in Kogi State, Nigéria. **Benin Journal Postgraduate Medicine**, v. 11, n. 1, p. 21-6, 2009.

FEIN, G.; BIGGINS, C. A.; MACKAY, S. Alcohol abuse and HIV infection have additive effects on frontal cortex function as measured by auditory evoked potential P3A latency. **Biological Psychiatry**, v. 37, n. 3, p. 183-95, 1995.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. 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, n.1 São Paulo, 2012.

FIUZA, M. L. T. **Religiosidade, adesão e qualidade de vida em pessoas vivendo com aids em uso de antirretrovirais**. 79 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, 2012.

FIUZA, M. L. T.; LOPES, E. M.; ALEXANDRE, H. O.; DANTAS, P. B.; GALVÃO, M. T. G.; PINHEIRO, A. K. B. Adesão ao tratamento antirretroviral: assistência integral baseada no modelo de atenção às condições crônicas. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 740 – 748, 2013.

FLECK, M. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 5, n. 1, p. 33-38, 2000.

FONG, I. W.; READ, S.; WAINBERG, M. A.; CHIA, W. K.; MAJOR, C. Alcoholism and rapid progression to AIDS after seroconversion. **Clinical Infectious Diseases**, v. 19, n. 2, p. 337-8, 1994.

FREITAS, J. G.; GALVÃO, M. T. G.; ARAUJO, M. F. M.; COSTA, E.; LIMA, I. C. V. Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 46, n. 3, p. 720-726, 2012.

GALVÃO, M. T. G.; LIMA, I. C. V.; CUNHA, G. H.; SANTOS, V. F.; MINDÊLLO, M. I. A. Estratégias de mães com filhos portadores de HIV para conviverem com a doença. **Cogitare Enfermagem**, v. 18, n. 2, p. 230-7, 2013.

GALVÃO, M. T. G.; SOARES, L. L.; PEDROSA, S. C.; FIUZA, M. L. T.; LEMOS, L. A. Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 28, n. 1, p. 48-53, 2015.

GASPAR, J.; REIS, R. K.; PEREIRA, F. M. V.; NEVES, L. A. S.; CASTRIGHINI, C. C.; GIR, E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. **Revista da Escola de Enfermagem da USP**, v. 45, n. 1, p. 230-236, 2011.

GIL, A.C. **Métodos e técnicas em pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.

GOAR, S. G.; AUDU, M. D.; AGBIR, M. T.; DOCHALSON, E. Prevalence and socio-demographic correlates of alcohol use disorder among HIV patients. **African Journal of Drug and Alcohol Studies**, v. 10, n. 1, p. 42-47, 2011.

HAHN, J. A.; SAMET, J. H. Alcohol and HIV disease progression: weighing the evidence. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 7, n. 4, p. 226-33, 2010.

HARRIS, J.; PILLINGER, M.; FROMSTEIN, D.; GOMEZ, B.; GARRIS, I.; KANETSKY, P. A.; TEBAS, P.; GROSS, R. Risk Factors for Medication Non-Adherence in an HIV Infected Population in the Dominican Republic. **AIDS and Behavior**, v. 15, n. 7, p. 1410-1415, 2011.

HENDERSHOT, C. S.; STONER, S. A.; PANTALONE, D. W.; SIMONI, J. M. Alcohol use and antiretroviral adherence: Review and meta-analysis. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 52, n. 2, p. 180-202, 2009.

HUIS IN 'T VELD, D.; SKAAL, L.; PELTZER, K.; COLEBUNDERS, R.; NDI MANDE, J.V.; PENGPID, S. The efficacy of a brief intervention to reduce alcohol misuse in patients with HIV in South Africa: study protocol for a randomized controlled trial. **Trials**, v. 13, n. 190, 2012.

IKEDA, M. L. R.; BARCELLOS, N. T.; ALENCASTRO, P. R.; WOLFF, F. H.; BRANDÃO, A. B. M.; FUCHS, F. D.; FUCHS, S. C. Association of blood pressure and hypertension with alcohol consumption in HIV-infected white and nonwhite patients. **Scientific World Journal**, v. 2013, id: 169825, 8 pág, 2013.

ILIAS, M.; CARANDINA, L.; MARINC, M. J. S. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da cidade de Marília, São Paulo. **Revista Baiana de Saúde Pública**, v. 35, n. 2, p. 471-484, 2011.

KALICHMAN, S. C.; GREBLER, T.; AMARAL, C.; MCKEREY, M.; WHITE, D.; KALICHMAN, M.; CHERRY, C.; EATON, L. Assumed infectiousness, treatment adherence and sexual behaviours: Applying the swiss statement on infectiousness to HIV-positive alcohol drinkers. **HIV Medicine**, v. 14, n. 5, p. 263-72, 2013.

KEKWALETSWE, C. T.; MOROJELE, N. K. Alcohol use, antiretroviral therapy adherence, and preferences regarding an alcohol-focused adherence intervention in patients with human immunodeficiency virus. **Patient Preference and Adherence**, v. 8, p. 401–413, 2014.

KONOPNICKI, D.; MANIGART, Y.; GILLES, C.; BARLOW, P.; DE MARCHIN, J.; FEOLI, F.; LARSIMONT, D.; DELFORGE, M.; DE WIT, S.; CLUMECK, N. Sustained Viral Suppression and Higher CD4+ T-Cell Count Reduces the Risk of Persistent Cervical High-Risk Human Papillomavirus Infection in HIV-Positive Women. **Journal of Infectious Diseases**, v. 207, n. 11, p. 1723-7, 2013.

KORTHUIS, P. T.; FIELLIN, D. A.; MCGINNIS, K. A.; SKANDERSON, M.; JUSTIÇA, A. C.; GORDON, A. J.; DOEBLER, D. A.; ASCH, S. M.; FIELLIN, L. E.; BRYANT, K.; GIBERT, C. L.; CRISTAL, S.; GOETZ, M. B.; RIMLAND, D.; RODRIGUEZ-BARRADAS, M. C.; KRAEMER, K. L. Unhealthy Alcohol and Illicit Drug Use are Associated with Decreased Quality of HIV Care. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 61, n. 2, p. 171-178, 2012.

KUMAR, S.; JIN, M.; ANDE, A.; SINHA, N.; SILVERSTEIN, P. S.; KUMAR, A. Alcohol consumption effect on antiretroviral therapy and HIV-1 pathogenesis: role of cytochrome P450 isozymes. **Expert Opinion on Drug Metabolism and Toxicology**, v. 8, n. 11, p. 1363-75, 2012.

LEMOS, C. T.; ECCO, C. Religião, sexualidade e família: o caso em que um dos parceiros é soropositivo para o HIV. **Horizonte**, v. 12, n. 34, p. 568-588, 2014.

LIMA, C. T.; FREIRE, A. C. C.; SILVA, A. P. B.; TEIXEIRA, R. M.; FARRELL, M.; PRINCE, M. Concurrent and construct validity of the AUDIT in an urban Brazilian sample. **Alcohol and Alcoholism**, v. 40, n. 6, p. 584-9, 2005.

LIMA, T. C.; FREITAS, M. I. P. Comportamentos em saúde de uma população portadora do HIV/Aids. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 65, n. 1, p. 110-115, 2012.

LIMA, I. C. V.; GALVÃO, M. T. G.; PAIVA, S. S.; BRITO, D. M. S. Ações de promoção da saúde em serviço de assistência ambulatorial especializada em HIV/Aids. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 10, n. 3, p. 556-563, 2011.

LIMA, D. J. M.; PAULA, P. F.; LESSA, P. R. A.; MORAES, M. L. C.; CUNHA, D. F. F.; PINHEIRO, A. K. B. Comportamentos e práticas sexuais de homens que fazem sexo com homens. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 67, n. 6, p. 886-890, 2014.

LLENAS, G.; RUBIO, R.; HERNANDO, A.; FIORANTES, S.; MASEADA, D.; MATARRANZ, M.; COSTA, J. R.; ALONSO, B.; PULIDO, F. Clinico-epidemiological characteristics of HIV-positive immigrants: study of 371 cases. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, v. 30, n. 8, p. 441-51, 2012.

LUO, X.; DUAN, S.; DUAN, Q.; PU, Y.; YANG, Y.; DING, Y.; GAO, M.; HE, N. Alcohol Use and Subsequent Sex among HIV-Infected Patients in an Ethnic Minority Area of Yunnan Province, China. **PLoS One**, v. 8, n. 4, e61660, 2013.

MALBERGIER, A.; AMARAL, R. A.; CARDOSO, L. D. Alcohol dependence and CD4 cell count: Is there a relationship? **AIDS Care**, v. 27, n. 1, p. 54-8, 2015.

MCCANCE-KATZ, E. F.; LUM, P. J.; BEATTY, G.; GRUBER, V. A.; PETERS, M.; RAINEY, P. M. Untreated HIV infection is associated with higher blood alcohol levels. **Journal Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 60, n. 3, p. 282-288, 2012.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: Melnyk BM, Fineout-Overholt E, editors. **Evidence-based practice in nursing & healthcare: a guide to best practice**. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins; 2011.

MÉNDEZ, B. **Uma versão brasileira do AUDIT – Alcohol Use Disorders Identification Test**. 1999. Dissertação (Mestrado) - Faculdade de Medicina, Departamento de Medicina Social, Universidade Federal de Pelotas, 1999.

MEYERHOFF, D. J.; MACKAY, S.; SAPPEY-MARINIER, D.; DEICKEN, R.; CALABRESE, G.; DILLON, W. P.; WEINER, M. W.; FEIN, G. Effects of chronic alcohol abuse and HIV infection on brain phosphorus metabolites. **Alcoholism Clinical and Experimental Research**, v. 19, n. 3, p. 685-92, 1995.

MÍGUEZ-BURBANO, M. J.; ESPINOZA, L.; WHITEHEAD, N. E.; BRYANT, V. E.; VARGAS, M.; COOK, R. L.; QUIROS, C.; LEWIS, J. E.; DESHRATAN, A. Brain derived neurotrophic factor and cognitive status: the delicate balance among people living with HIV, with and without alcohol abuse. **Current HIV Research**, v. 12, n. 4, p. 254-64, 2014.

MILLOY, M. J.; MARSHALL, B.; KERR, T.; BUXTON, J.; RHODES, T.; MONTANER, J.; WOOD, E. Social and structural factors associated with HIV disease progression among illicit drug users: A systematic review. **AIDS**, V. 26, N. 9, P. 1049–1063, 2012.

MOLINA, P. E.; BAGBY, G. J.; NELSON, S. Biomedical consequences of alcohol use disorders in the HIV-infected host invited review. **Current HIV Research**, v. 12, n. 4, p. 265-75, 2014.

MORA, L. A., MIRA, S. P. A. Religião y espiritualidad, una mirada del estigma frente al vih/sida: revisión literaria. **Revista Med**, n.1, v. 20, p.52-61, 2012.

MORETTI-PIRES, R. O; CORRADI-WEBSTER, C. M. Adaptação e validação do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT) para população ribeirinha do interior da Amazônia. Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 27, n.3, p. 497-509, 2011.

MUNENE, E.; EKMAN, B. Does duration on antiretroviral therapy determine health-related quality of life in people living with HIV? **Global Health Action**, v. 7, 23554, 2014.

MUTABAZI-MWESIGIRE, D.; KATAMBA, A.; MARTIN, F.; SEELEY, J.; WU, A. W. Factors That Affect Quality of Life among People Living with HIV Attending an Urban Clinic in Uganda: A Cohort Study. **PLoS One**, v. 10, n. 6, e0126810, 2015.

NEMES, M. I. B.; CASTANHEIRA, E. R. L.; HELENA, E. T. S.; MELCHIOR, R.; CARACIOLO, J. M.; BASSO, C. R.; ALVES, M. T. S. S. B.; ALENCAR, T. M. D.;

FERRAZ, D. A. S. Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v.55, n.2, p. 207-212, 2009.

NGLAZI, M. D.; WEST, S. J.; DAVE, J. A.; LEVITT, N. S.; LAMBERT, E. V. Quality of life in individuals living with HIV/AIDS attending a public sector antiretroviral service in Cape Town, South Africa. **BMC Public Health**, v. 14, n. 676, p. 1-9, 2014.

OLIVEIRA, R. V. C.; SHIMAKURA, S. E.; CAMPOS, D. P.; VICTORIANO, F. P.; RIBEIRO, S. R.; VELOSO, V. G.; GRINSZTEJN, B.; CARVALHO, M. S. Modelos multiestado para determinação dos graus de cronicidade de acordo com a adesão de paciente infectado pelo HIV. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 29, n. 4, p. 801-811, 2013.

ORLANDI, F. S. **Qualidade de vida relacionada à saúde de mulheres com 50 anos ou mais vivendo com HIV/AIDS**. 191 f. Tese (Doutorado) - Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, 2011.

ORWAT, J.; SAITZ, R.; TOMPKINS, C. P.; CHENG, D. M.; DENTATO, M. P.; SAMET, J. H. Substance abuse treatment utilization among adults living with HIV/AIDS and alcohol or drug problems. **Journal of Substance Abuse Treatment**, v. 41, n. 3, p. 233-42, 2011.

PARSONS, T. J.; ROSOF, E.; MUSTANSKI, B. Patient-related Factors Predicting HIV Medication Adherence among Men and Women with Alcohol Problems. **Journal of Health Psychology**, v. 12, n. 2, p. 357-370, 2007.

PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L. D. M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 800-814, 2015.

PEDROSO, B.; GUTIERREZ, G. L.; DUARTE, E.; PILATTI, L. A.; PICININ, C. T. Avaliação da qualidade de vida de portadores de HIV/aids: uma visão geral dos instrumentos WHOQOL HIV e WHOQOL-HIV-BREF. **Revista da faculdade de educação física da UNICAMP**, v. 10, n. 1, p. 50-69, 2012.

PFEFFERBAUM, A.; ROSENBLOOM, M. J.; ADALSTEINSSON, E.; SULLIVAN, E. V. Diffusion tensor imaging with quantitative fibre tracking in HIV infection and alcoholism comorbidity: synergistic white matter damage. **Brain**, v.130, (Pt 1), p. 48-64, 2007.

PFEFFERBAUM, A.; ROSENBLOOM, M. J.; ROHLFING, T.; ADALSTEINSSON, E.; KEMPER, C. A.; DERESINSKI, S.; SULLIVAN, E. V. Contribution of alcoholism to brain dysmorphology in HIV infection: Effects on the ventricles and corpus callosum. **Neuroimage**, v. 33, n. 1, p. 239-51, 2006.

PFEFFERBAUM, A.; ROSENBLOOM, M. J.; SASSOON, S. A.; KEMPER, C. A.; DERESINSKI, S.; ROHLFING, T.; SULLIVAN, E. V. Regional brain structural dysmorphology in human immunodeficiency virus infection: Effects of acquired immune deficiency syndrome, alcoholism, and age. **Biological Psychiatry**, v.72, n. 5, p. 361-70, 2012.

RAZERA, F. **Fatores associados à qualidade de vida em saúde de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana**. 108 f. Dissertação (Mestrado) – Departamento de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, 2007.



REIS, R. K. **Qualidade de vida de portadores do HIV/aids: influencia dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais**. 2008. 274 f. Tese (Doutorado) - Faculdade de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2008.

REIS, R. K.; SANTOS, C. B.; GIR, E. Quality of life among Brazilian women living with HIV/Aids. **Aids Care**, v. 24, n. 5, p. 626-634, 2012.

REGO, S. R. M.; OLIVEIRA, C. F. A.; REGO, D. M. S.; SANTOS, R. F. J.; SILVA, V. B. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 60, n. 1, p. 46-49, 2011.

REGO, S. R. M.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p.70-73, 2010.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. 5, p. 685-694, 2007.

RODRIGUES, L. C.; WERNECK, G. L. Epidemiologia. In: MEDRONHO, R. A.; BLOCH, K. V.; LUIZ, R. E.; WERNECK, G. L. (Ed.). **Estudos de coorte**. 2 ed. São Paulo: Editora Atheneu, 2009. p. 221-236.

ROSENBLOOM, M. J.; SULLIVAN, E. V.; PFEFFERBAUM, A. Focus on the brain: HIV infection and alcoholism comorbidity effects on brain structure and function. **Alcohol Research e health**, v. 33, n. 3, p. 247-57, 2010.

SAHA, R.; SAHA, I.; SARKAR, A. P.; KUMAR, D.; MISRA, R.; BHATTACHARYA, K.; ROY, R. N.; BHATTACHARYA, A. Adherence to highly active antiretroviral therapy in a tertiary care hospital in West Bengal, India. **Singapore Medical Journal**, v. 55, n. 2, p. 92-98, 2014.

SANTOS, F. B. **Abandono do tratamento antirretroviral e busca consentida de casos de pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2011.124 f. Dissertação (Mestrado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, 2011.

SANTOS, W. J. M.; DRUMOND, E. F.; GOMES, A. S.; CORRÊA, C. M.; FREITAS, M. I. F. Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 64, n. 6, P. 1028-37, 2011.

SANTOS, W. S.; FERNANDES, D. P.; GRANGEIRO, A. S. M.; LOPES, G. S.; SOUSA, E. M. P. Medindo consumo de álcool: análise fatorial confirmatória do Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT). **Psico-USF**, v. 18, n. 1, p. 121-130, 2013.

SANTOS, E. C., FRANÇA, I. J. R., LOPES, F. Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. Suppl 2, p.64-71, 2007.

SANTOS, W. S.; GOUVEIA, V. V.; FERNANDES, D. P.; SOUZA, S. S. B.; GRANGEIRO, A. S. M. Alcohol Use Disorder Identification Test (AUDIT): explorando seus parâmetros psicométricos. **Jornal Brasileiro Psiquiatria**, v. 61, n. 3, p. 117-123, 2012.

SCHWITTERS, A.; SABATIER, J.; SETH, P.; GLENSHAW, M.; REMMERT, D.; PATHAK, S.; BOCK, N. HIV and alcohol knowledge, self-perceived risk for HIV, and risky sexual behavior among young HIV-negative men identified as harmful or hazardous drinkers in Katutura, Namibia. **BMC Public Health**, v. 15, n. 1, e: 1182, 2015.

SEIDL, E. M. F.; MELCHÍADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 23, n. 10, p. 2305-2316, 2007.

SHUPER, P. A.; JOHARCHI, N.; IRVING, H.; REHM, J. Alcohol as a correlate of unprotected sexual behavior among people living with HIV/AIDS: Review and meta-analysis. **AIDS and Behavior**, v. 13, n. 6, p. 1021-36, 2009.

SHUPER, P. A.; NEUMAN, M.; KANTERES, F.; BALIUNAS, D.; JOHARCHI, N.; REHM, J. Causal considerations on alcohol and HIV/AIDS - A systematic review. **Alcohol and Alcoholism**, v. 45, n. 2, p. 159-166, 2010.

SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; SILVA, C. A. L. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015.

SILVA, J. S.; SALDANHA, A. A.W.; AZEVEDO, R. L. W. Variáveis de impacto na qualidade de vida de pessoas acima de 50 anos HIV+. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 23, n. 1, p.56-63, 2010.

SITTA, E. I.; ARAKAWA, A. M.; CALDANA, M. L.; PERES, S. H. C. S. A contribuição de estudos transversais na área da linguagem com enfoque em afasia. **Revista CEFAC**, v. 12, n. 6, p.1059-1066, 2010.

SOARES, G. B.; GARBIN, C. A. S.; ROVIDA, T. A. S.; GARBIN, A. J. I. Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. **Ciência e saúde coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1075-1084, 2015.

SOBOKA, M.; TESFAYE, M.; FEYISSA, G. T.; HANLON, C. Alcohol use disorders and associated factors among people living with HIV who are attending services in south west Ethiopia. **BMC Research Notes**, v. 7, n. 828, 2014.

SRISORRACHATR, S.; ZAW, S. L.; CHAMROONSAWASDI, K. Quality of life among women living with HIV/AIDS in Yangon, Myanmar. **Journal of the Medical Association of Thailand**, v. 96, Suppl 5, p. 138-45, 2013.

SUN, W.; WU, M.; QU, P.; LU, C.; WANG, L. Quality of life of people living with HIV/AIDS under the new epidemic characteristics in China and the associated factors. **PLoS One**, v. 8, n. 5, e64562, 2013.

TEIXEIRA, C.; DOURADO, M. D. L.; SANTOS, M. P.; BRITES, C. Impact of use of alcohol and illicit drugs by AIDS patients on adherence to antiretroviral therapy in Bahia, Brazil. **AIDS Research and Human Retroviruses**, v. 29, n. 5, p. 799-804, 2013.

TESFAY, A., GEBREMARIAM, A., GERBABA, M., ABRHA, H. Gender Differences in Health Related Quality of Life among People Living with HIV on Highly Active Antiretroviral Therapy in Mekelle Town, Northern Ethiopia. **Biomed Research International**. 516.369, 2015.

THAMES, A. D.; MOIZEL, J.; PANOS, S. E.; PATEL, S. M.; BYRD, D. A.; MYERS, H. F.; WYATT, G. E.; HINKIN, C. H. Differential Predictors of Medication Adherence in HIV: Findings from a Sample of African American and Caucasian HIV-Positive Drug-Using Adults. **AIDS Patient Care and STDS**, v. 26, n. 10, p. 621-630, 2012.

TRAN, B. X. Quality of life outcomes of antiretroviral treatment for HIV/AIDS patients in Vietnam. **PLoS One**, v. 7, n. 7, e41062, 2012.

TRAN, B. X.; NGUYEN, L. T.; DO, C. D.; NGUYEN, Q.; MAHERA, R. M. Associations between alcohol use disorders and adherence to antiretroviral treatment and quality of life amongst people living with HIV/AIDS. **BMC Public Health**, v. 14, n. 27, 2014.

TRAN, B. X.; OHINMAA, A.; MILLS, S.; DUONG, A. T.; NGUYEN, L. T.; JACOBS, P.; HOUSTON, A. Multilevel predictors of concurrent opioid use during methadone maintenance treatment among drug users with HIV/AIDS. **PLoS One**, v. 7, n.12, e51569, 2012.

WANDERA, B.; TUMWESIGYE, N. M.; NANKABIRWA, J. I.; KAMBUGU, A. D.; PARKES-RATANSKI, R.; MAFIGIRI, D. K.; KAPIGA, S.; SETHI, A. K. Alcohol consumption among HIV-infected persons in a large urban HIV clinic in Kampala Uganda: a constellation of harmful behaviors. **PLoS One**, v. 10, n. 5, e0126236, 2015.

WILLIAMS, E. C.; BRADLEY, K. A.; BALDERSON, B. H.; MCCLURE, J. B.; GROTHAUS, L.; MCCOY, K.; RITTMUELLER, S. E.; CATZ, S. L. Alcohol and Associated Characteristics among Older Persons Living with HIV on Antiretroviral Therapy. **Substance Abuse**, v. 35, n. 3, p. 245-253, 2014.

WOOLF-KING, S. E.; NEILANDS, T. B.; DILWORTH, S. E.; CARRICO, A. W.; JOHNSON, M. O. Alcohol use and HIV disease management: the impact of individual and partner-level alcohol use among HIV-positive men who have sex with men. **AIDS Care**, v. 26, n. 6, p. 702-8, 2014.

ZARH, N. M.; MAYER, D.; ROHLFING, T.; SULLIVAN, E.; PFEFFERBAUM, A. Imaging Neuroinflammation? A perspective from MR Spectroscopy. **Brain Pathology**, v. 24, n. 6, p. 654-64, 2014.

ZIMPEL, R. R.; FLECK, M. P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. **AIDS Care**, v. 19, n. 7, p. 923-930, 2007.

## APÊNDICE A

Universidade Federal do Ceará

Faculdade de Farmacologia, Odontologia e Enfermagem – FFOE

Rua Alexandre Baraúna, nº 1115 – Rodolfo Teófilo – Fortaleza – Ce / CEP: 60430-160

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO - TCLE

### **INFLUÊNCIA DO ÁLCOOL NA ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL E NA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Estou convidando-o(a) Sr(a) para participar da Pesquisa **“Influência do álcool na adesão à terapia antirretroviral e na qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids”**, sob minha responsabilidade. Esta pesquisa pretende avaliar algumas situações que podem influenciar na vida das pessoas que vivem com HIV/aids, além de perceber como se dá o apoio, a ajuda de outras durante o curso da doença. Neste sentido, sua participação é importante para que os resultados da pesquisa mostrem situações ou fatores que podem influenciar na qualidade de vida daqueles que tem o HIV/aids. Para isso estou convidando(a) para participar desse estudo. Para isso vou te explicar como isso será feito e quanto isso vai usar do seu tempo. Durante aproximadamente vinte minutos vou conversar com você perguntando sobre situações da sua vida no dia a dia, para isso vou usar questões que já foram respondidas por inúmeras pessoas no mundo e, também, no Brasil. São perguntas rápidas e você irá escolher uma alternativa, aquela que melhor representar a sua posição ou preferência. As perguntas são relacionadas a sua qualidade de vida, outras perguntas que permite avaliar se você tem algum nível de ansiedade ou de depressão, ou seja se está se sentindo fragilizado por ser portador do HIV/aids. Também vou perguntar sobre o uso de bebida alcoólica. Para todas as perguntas o(a) Senhor(a) ficará a vontade para responder e nós só vamos continuar nossa entrevista se assim o(a) Senhor(a) desejar. Ou seja, a qualquer tempo poderá desistir de participar desse encontro/entrevista. Em função de conhecer que algumas pessoas têm dificuldade para escrita e leitura, nós estaremos lendo as questões para todos. Entretanto, caso queira responder sozinho você o fará e se, tiver dúvida durante as repostas estarei aqui para lhe ajudar.

Eu, dou-lhe a garantia de que as informações que você está informando, serão usadas apenas para a realização da minha pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações e aos procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para sanar dúvidas que possam ocorrer. Você tem liberdade de retirar sua autorização a qualquer momento e não participar do estudo. Finalmente, lhe informo que, ao apresentar o meu trabalho, não usarei seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a). O estudo não lhe trará nenhuma despesa. A presente pesquisa não trará nenhum risco para os participantes, nem acarretará malefícios, preservando sua integridade, sem causar nenhum dano. Entretanto, caso se sinta triste, angustiado com o que está respondendo poderemos conversar sobre isso e, se necessário, ou do seu desejo marcaremos atendimento com profissional especializado que atendem as pessoas desse ambulatório.

Este Termo de Consentimento livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisador), e outra com você (entrevistado). Em caso de dúvida e/ou desistência da entrevista pode-se entrar em contato com o Comitê de Ética e Pesquisa (CEP) da Universidade Federal do Ceará através do telefone (085)3366-8344. Caso precise entrar em contato comigo, informo-lhe meu nome e endereço:

Vanessa Santos – Rua Alexandre Baraúna, Nº 1115, Rodolfo Teófilo, 33668457.

#### **Consentimento Pós–Esclarecido**

Eu, \_\_\_\_\_, RG: \_\_\_\_\_ fui informado sobre o que o pesquisador quer fazer e porque precisa da minha colaboração, e entendi a explicação. Por isso, eu concordo em participar do projeto, sabendo que não vou ganhar nada e que posso sair quando quiser. Declaro ainda estar recebendo uma cópia assinada deste termo.

Fortaleza, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Pesquisador

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha 1

\_\_\_\_\_  
Assinatura da Testemunha 2

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Profissional que aplicou o TCLE Universidade Federal do Ceará

**ANEXO A**  
**FORMULÁRIO DE CATEGORIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA DE**  
**PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Número da entrevista: \_\_\_\_\_

Data da entrevista: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ **Em uso de TARV:** ( ) Sim; ( ) Não  
 Nome: \_\_\_\_\_ N. Pront: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Tel. pessoal: \_\_\_\_\_  
 Pessoa para contato: \_\_\_\_\_ Tel da pessoa: \_\_\_\_\_  
 Autoriza contato telefônico: ( ) Sim. Assinatura: .....

<b>DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, CLÍNICOS</b>		<b>CÓDIGO</b>		
Sexo: 1. ( ) Feminino; 2 ( ) Masculino		<b>SEX</b> ____		
Data de Nascimento: ____/____/____		<b>DN</b> __/__/__		
Procedência: 1. ( ) Fortaleza; 2. ( ) Região metropolitana; 3. ( ) Interior do Ce		<b>PROC</b> __		
Cor (autoinformada): 1. ( ) Branca, 2. ( ) Preta, 3. ( ) Amarela, 4. ( ) Parda, 5. ( ) Indígena		<b>RAC</b> ____		
Escolaridade (número de anos concluídos): _____ (Zero se não estudou)		<b>ESC</b> ____		
Estado Civil? 1. ( ) Solteiro, 2 ( ) Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado, 3. ( ) Divorciado/Separado, 4 ( ) Viúvo.		<b>ECI</b> ____		
Categoria de exposição? 1. ( ) Heterossexual; 2. ( ) Homossexual; 3. ( ) Bissexual; 4. ( ) UDI; 5. ( ) Hemofilia; 6. ( ) Transfusão; 7. ( ) Transmissão vertical, 8 ( ) Não sabe		<b>CTE</b> ____		
Qual sua orientação sexual?: 1. ( ) Heterossexual 2. ( ) Homossexual 3. ( ) Bissexual		<b>OSE</b> ____		
Mora com parceiro(a)? 1. ( ) Sim 2. ( ) Não 3. ( ) sem no momento atual		<b>MCP</b> ____		
Qual a sorologia anti-HIV do seu parceiro atual? 1. ( ) Positiva, 2 ( ) Negativa, 3 ( ) Não sabe/Não fez, 4. ( ) Sem parceiro		<b>SRP</b> ____		
Religião? 1. ( ) Católica; 2. ( ) Evangélica; 3. ( ) Espírita; 4. ( ) Outra; 5. ( ) Sem Religião		<b>REL</b> ____		
Situação Ocupacional: 1. ( ) Empreg., 2. ( ) Desemp.; 3. ( ) Aposentado; 4. ( ) Afastado		<b>OCU</b> ____		
Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: _____		<b>NPD</b> ____		
Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ ____		<b>RMF</b> ____		
Tempo de Diagnóstico HIV Positivo? (meses) _____		<b>DHV</b> ____		
Número de Internações por complicações do HIV no último ano: _____ (0=Nenhuma)?		<b>NIH</b> ____		
Usa medicação psiquiátrica: 1. ( ) Sim, 2. ( ) Não,		<b>PSI</b> ____		
Uso de TARV há quantos meses? _____ (0=Não utiliza)		<b>TRV</b> ____		
Número de comprimidos que você toma (TARV) ao dia: ____ (0=Não utiliza)		<b>CMP</b> ____		
Qual a posologia (frequência da dose por dia): _____		<b>NCD</b> ____		
.....Número de comprimidos: Pela manhã: ____; Tarde: ____; Noite: ____ (0= se não utiliza no período)		<b>NCM</b> ____ <b>NCT</b> ____ <b>NCN</b> ____		
<b>DADOS DO PRONTUÁRIO (Medicação/Exame Laboratorial)</b>				
Se USA MEDICAÇÃO PSIQUIÁTRICA.				
1. ( ) Antidepressivo; 2. ( ) Estabilizador de Humor; 3. ( ) Antipsicótico; 4. ( ) Benzodiazepínico		<b>PSIQ</b> ____		
Se usa TARV. Verifique:				
1 ( ) Abacavir	6 ( ) Zidovudina	11 ( ) Ritonavir	15 ( ) Lamivudina	<b>MED</b> ____ Utilizar “;” para separar Ex. 1;2;3;...
2 ( ) Atazanavir	7 ( ) Efavirenz	12 ( ) Fosamperenavir	16 ( ) Saquinavir	
3 ( ) Didanosina	8 ( ) Nevirapina	13 ( ) Tipranavir	17 ( ) Enfuvirtida	
4 ( ) Tenofovir	9 ( ) Darunavir	14 ( ) Lopinavir	18 ( ) Raltegravir	
5 ( ) Etravirina	10 ( ) Maraviroque			
<b>Exames Laboratoriais- (último exame)</b>				
CD4 _____				<b>CD4</b> ____
CD4 Data (DD/MM/AA) ____/____/____				<b>CDD</b> __/__/__
CARGA VIRAL _____				<b>CAV</b> ____

Carga Viral Data (DD/MM/AA) ___/___/___	CVD ___/___/___
<b>DADOS SEXUAIS E REPRODUTIVOS</b>	
Idade da 1ª relação sexual: _____	IRS _____
Prática sexual:( <input type="checkbox"/> )1. Oral,( <input type="checkbox"/> )2.Anal, .( <input type="checkbox"/> )3.Vaginal, 4. ( <input type="checkbox"/> ) Vaginal/oral; 5. ( <input type="checkbox"/> ) vaginal/anal; 6. ( <input type="checkbox"/> ) Vaginal, oral, anal; 7. ( <input type="checkbox"/> ) outras: _____	PSE _____
Vida sexual: Ativa:1.( <input type="checkbox"/> ) Sim; 2.( <input type="checkbox"/> )não.:	VSA _____
Se sim: N° de parceiros nos últimos 3 meses: _____	NPS _____
N° de parceiros nos últimos 12 meses: _____	NPSE _____
<b>HISTÓRIA DE INFECÇÃO DO TRATO GENITAL (DST/IST)</b>	
Tem ou teve Infecção/Doenças sexualmente transmissíveis (DST/IST) ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2.Não	INTG _____
Se sim: Qual ( <input type="checkbox"/> )1. HPV; ( <input type="checkbox"/> )2.Sífilis; ( <input type="checkbox"/> )3.Gonorréia; ( <input type="checkbox"/> ) 4.Vaginose; ( <input type="checkbox"/> ) 5.Candidíase; ( <input type="checkbox"/> ) 6.Triconomíase; ( <input type="checkbox"/> ) 7.Outra: _____	TIP _____
História de DST/IST do PARCEIRO(a) atual? ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não	DSTP _____
Se sim. Qual: ( <input type="checkbox"/> )1.HPV; ( <input type="checkbox"/> )2.Sífilis; ( <input type="checkbox"/> )3.Gonorréia; ( <input type="checkbox"/> )4.Vaginose; ( <input type="checkbox"/> ) 5.Candidíase; ( <input type="checkbox"/> ) 6.Triconomíase; ( <input type="checkbox"/> ) 7.Outras: _____	TIPP _____
Realizou tratamento: 1. Sim ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não ( <input type="checkbox"/> )	TDST
<b>HISTÓRICO DE FILHOS/GESTAÇÕES/</b>	
Número de Filhos? _____ (0=Nenhum)	PF _____
Filhos ANTES do diagnóstico de HIV ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não	FAD _____
Filhos DEPOIS do diagnóstico de HIV ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não	FDD _____
Filho(s) com HIV/AIDS: ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim ( <input type="checkbox"/> ) 2.Não ( <input type="checkbox"/> ) 3. Sem definição diagnóstica.	FCHIV _____
Método contraceptivo/proteção atual/último método utilizado: ( <input type="checkbox"/> ) 1. Preservativo masculino em todas as relações; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Uso eventual/as vezes do Preservativo masculino; ( <input type="checkbox"/> ) 3. Preservativo feminino em todas as relações; ( <input type="checkbox"/> ) 4. Preservativo feminino eventual/as vezes ( <input type="checkbox"/> ) 5. Preservativo feminino e masculino;( <input type="checkbox"/> ) 6. DIU ( <input type="checkbox"/> ) 7. Pílulas anticoncepcionais orais; ( <input type="checkbox"/> ) 8. Anticoncepcional injetável ( <input type="checkbox"/> ) 9. Adesivo transdérmico; ( <input type="checkbox"/> ) 10. Implante subcutâneo ( <input type="checkbox"/> ) 11. Diafragma; ( <input type="checkbox"/> ) 12. Espermicida ( <input type="checkbox"/> ) 13. Coito interrompido; ( <input type="checkbox"/> ) 14. Laqueadura	MCON _____ MCON 1 _____ MCON# _____
<b>SÓ PARA MULHERES:</b>	
História de aborto ANTES do diagnóstico de HIV. ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não	AHIV _____
Se SIM:1.( <input type="checkbox"/> ) Espontâneo; 2.( <input type="checkbox"/> ) Provocado	HAAD _____
História de aborto DEPOIS do diagnóstico de HIV. ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não	HADD _____
Se SIM: 1. ( <input type="checkbox"/> ) Espontâneo; 2. ( <input type="checkbox"/> ) Provocado	TA _____
História de prevenção de câncer GINECOLÓGICO 1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim no último ano;2. ( <input type="checkbox"/> ) Sim, nos dois últimos anos 3. ( <input type="checkbox"/> ) Em algum tempo na vida; 4. ( <input type="checkbox"/> ) Nunca realizou na vida	PCG _____
História de prevenção de câncer de MAMA (Mamografia ou US) 1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim no último ano;2. ( <input type="checkbox"/> ) Sim, nos dois últimos anos 3. ( <input type="checkbox"/> ) Em algum tempo na vida; 4. ( <input type="checkbox"/> ) Nunca realizou na vida 5. ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica	PCM _____
<b>SÓ PARA HOMENS</b>	
História de prevenção de câncer de PROSTATA (PSA/Toque retal) 1. ( <input type="checkbox"/> ) Sim no último ano;2. ( <input type="checkbox"/> ) Sim, nos dois últimos anos 3. ( <input type="checkbox"/> ) Em algum tempo na vida; 4. ( <input type="checkbox"/> ) Nunca realizou na vida; 5. ( <input type="checkbox"/> ) Não se aplica	PCP
<b>DESEJOREPRODUTIVO (Homens e Mulheres)</b>	
VOCÊ deseja ter filho? ( <input type="checkbox"/> ) 1. Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não	DTF _____
SEU(ua) COMPANHEIRO(a) quer ter filhos? ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não	CTFS _____
AMBOS querem ter filhos? ( <input type="checkbox"/> ) 1.Sim; ( <input type="checkbox"/> ) 2. Não;	ATFS _____

SEU COMPANHEIRO(a) conhece seu estado sorológico? ( ) 1. Sim;( )2. Não	PES_____
--	----------

<b>CONHECIMENTO SOBRE CONTRACEPÇÃO NA VIGÊNCIA DO HIV</b>	
Quem tem HIV pode ter filhos:( ) 1.Sim; ( )2. Não	HFS_____
Mulher que tem HIV e o companheiro NÃO (casal discordante) pode ter filho? ( ) 1.Sim; ( )2. Não; 3 ( ) Não sei	MSCN_____
Mulher que tem HIV e o companheiro também (Casal concordante), pode ter filho? ( ) 1.Sim; ( )2. Não; 3 ( ) Não sei	MSCS_____
Recebeu orientações (Foi informada/o) sobre planejamento reprodutivo (de filhos) na vigência do HIV:( ) 1.Sim; ( )2. Não	PLR_____
Conhece os meios de prevenção da transmissão vertical do HIV (mãe para filho)? ( ) 1.Sim; ( )2. Não.	CPTV_____
<b>INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE HÁBITOS DE SAÚDE</b>	
Pratica alguma atividade física?: 1. ( ) Sim, 2.( ) Não	PAF _____
Se SIM, com que frequência: ( ) 1. Uma vez na semana( )2. Duas ou mais vezes na semana ( )3. Diariamente( ) 4. Esporadicamente.	AFS _____
Faz uso de álcool (Bebida alcoólica)? 1 ( ) Sim, 2 ( ) Não	FUA_____
Se SIM: Com que frequência: 1 ( ) Diariamente, 2( ) Semanalmente, 3 ( ) Mensalmente, 4.( ) Esporadicamente	FUAQ____
Antes do diagnóstico de HIV/aids, fazia uso de bebida? 1.( ) Sim, 2 ( ) Não, ( )3. Não fazia uso	FUAA __
Faz uso de tabaco (Cigarro de papel ou de palha)? : 1( ) Sim, 2( ) Não	FUT_____
Com que frequência: 1.( ) Diariamente, 2( ) Semanalmente, 3( ) Mensalmente, 4.( ) Esporadicamente	FUTF____
Antes do diagnóstico de HIV/aids fazia uso de cigarro? 1.( ) Sim, 2 ( ) Não, ( )3. Não fazia uso	FUTA __
Faz uso de drogas ilícitas: 1( ) Sim, 2( ) Não	FUDI_____
<b>ASSIST:</b>	
Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? ( <i>Somente uso, não prescrito pelo médico</i> )	FUDIQ____
Derivados do tabaco ( )1. Sim ( )2.Não	DT _____
Bebidas alcoólicas( )1. Sim ( )2.Não	BA _____
Maconha ( )1. Sim ( )2.Não	Mh _____
Cocaína ( )1. Sim ( )2.Não	Cc _____
Crack ( )1. Sim ( )2.Não	Ck _____
Anfetamina ( )1. Sim ( )2.Não	Anf _____
Êxtase ( )1. Sim ( )2.Não	Ex _____
Inalantes ( )1. Sim ( )2.Não	IN _____
Hipnóticos/Sedativos ( )1. Sim ( )2.Não	Hn _____
Alucinógenos ( )1. Sim ( )2.Não	Ag _____
Opióides( )1. Sim ( )2.Não	Op _____
Outras: _____	OTD_____
Antes do diagnóstico de HIV/aidsfazia uso de drogas? 1.( ) Sim, 2 ( ) Não.	FUDIA __
Seu COMPANHEIRO(a) faz uso de álcool? 1. ( ) Sim; 2. ( ) Não	CCDI _____
Com que frequência: 1 ( ) Diariamente, 2( ) Semanalmente, 3 ( ) Mensalmente,4. ( ) Esporadicamente	CUA _____
Seu COMPANHEIRO(a) Faz uso de drogas ilícitas: 1( ) Sim, 2( ) Não	CUDI _____
Que tipo: 1.( ) Maconha, 2( ) Cocaína, 3( ) Crack, 4( ) Outros_____	DIC _____



**ANEXO B**  
**TESTE PARA IDENTIFICAÇÃO DE PROBLEMAS RELACIONADOS AO USO DE**  
**ÁLCOOL- AUDIT**

Este questionário é referente ao seu consumo de álcool nos últimos 12 meses, objetivando a detecção precoce de pessoas com risco e com efeitos prejudiciais pela ingestão do álcool. 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. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco.

Assinale a resposta que creia mais adequada à sua realidade no decurso do último ano

**1. Com que frequência ingere uma bebida que contenha álcool?**

Nunca	Uma vez por mês ou menos	Duas a quatro vezes por mês	Duas a três vezes por semana	Quatro ou mais vezes por semana	
0	1	2	3	4	E: _____

**2. Quantas bebidas que contenham álcool ingere normalmente (num dia normal)?**

Uma ou duas	Três ou quatro	Cinco ou seis	De sete a nove	Dez ou mais	
0	1	2	3	4	E: _____

**3. Com que frequência consome seis ou mais bebidas que contenham álcool por dia/ numa única ocasião?**

Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
0	1	2	3	4	E: _____

**4. Durante o último ano, com que frequência foi incapaz de parar de beber após ter começado?**

Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês/mensalmente	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
0	1	2	3	4	E: _____

**5. Durante o último ano, com que frequência não pode executar as tarefas por ter bebido?**

Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês/mensalmente	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
0	1	2	3	4	E: _____

**6. Durante o último ano, com que frequência necessitou de beber em jejum para recuperar depois de ter bebido muito no dia anterior?**

Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês/mensalmente	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
0	1	2	3	4	E: _____

**7. Durante o último ano, com que frequência teve sentimentos de culpa ou de remorsos por ter bebido?**

Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês/mensalmente	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
0	1	2	3	4	E: _____

**8. Durante o último ano, com que frequência não se lembrou do que aconteceu na noite anterior por ter bebido demasiado?**

Nunca	Menos de uma vez por mês	Pelo menos uma vez por mês/mensalmente	Pelo menos uma vez por semana	Diariamente ou quase diariamente	
0	1	2	3	4	E: _____

**9. Você ou outra pessoa ficaram feridos em resultado de ter bebido?**

Não, nunca	Sim, mas não durante o último ano	Sim, no último ano	
0	1	2	E: _____

**10. Já alguma vez um familiar, amigo, médico ou profissional de saúde manifestou preocupação pelo seu consumo de álcool ou sugeriu que deixasse de beber?**

Não, nunca	Sim, mas não durante o último ano	Sim, no último ano	
0	1	2	E: _____

## ANEXO C

**Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral- CEAT-VIH**

Marque a opção que melhor se adequar ao seu caso e lembre-se de que não há respostas “certas” ou “erradas”.

<b>DURANTE A ÚLTIMA SEMANA</b>	<b>Sempre</b>	<b>Mais da metade das vezes</b>	<b>Aproximadamente a metade das vezes</b>	<b>Alguma vez</b>	<b>Nenhuma vez</b>	
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?	1	2	3	4	5	CET1 _____
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?	1	2	3	4	5	CET2 _____
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?	1	2	3	4	5	CET3 _____
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?	1	2	3	4	5	CET4 _____
5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? (1=SIM   2=NÃO) _____ (escrever os nomes)						CET5 _____
	<b>Ruim</b>	<b>Um pouco ruim</b>	<b>Regular</b>	<b>Pode melhorar</b>	<b>Boa</b>	
6. Como é a relação que mantém com o seu médico?	<b>1</b>	<b>2</b>	<b>3</b>	<b>4</b>	<b>5</b>	CET6 _____
	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>	
7. Quanto esforço você faz para seguir (cumprir) com o seu tratamento?	1	2	3	4	5	CET7 _____
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?	1	2	3	4	5	CET8 _____
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?	1	2	3	4	5	CET9 _____
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?	1	2	3	4	5	CET10 _____
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?	1	2	3	4	5	CET11 _____
	<b>Nunca</b>	<b>Algumas vezes</b>	<b>Aproximadamente a metade das vezes</b>	<b>Muitas vezes</b>	<b>Sempre</b>	
12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?	1	2	3	4	5	CET12 _____
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?	1	2	3	4	5	CET13 _____
	<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>	
14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?	1	2	3	4	5	CET14 _____
	<b>Muito intensos</b>	<b>Intensos</b>	<b>Medianamente intensos</b>	<b>Pouco intensos</b>	<b>Nada intensos</b>	
15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?	1	2	3	4	5	CET15 _____
	<b>Muito tempo</b>	<b>Bastante tempo</b>	<b>Regular</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nada de tempo</b>	
16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?	1	2	3	4	5	CET16 _____

	<b>Nada cumpridor</b>	<b>Pouco cumpridor</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito cumpridor</b>	
17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?	1	2	3	4	5	CET17 _____
	<b>Muita dificuldade</b>	<b>Bastante dificuldade</b>	<b>Regular</b>	<b>Pouca dificuldade</b>	<b>Nenhuma dificuldade</b>	
18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?	1	2	3	4	5	CET18 _____
19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? (1=SIM   2=NÃO)						CET19 _____
20. (Se responder afirmativamente): Quantos dias aproximadamente? _____						CET20 _____
21. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? (1=SIM   2=NÃO)						CET21 _____

**ANEXO D**  
**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA**  
**(WHOQOL-HIV BREF)**

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
<b>11.</b> 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.

<b>Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.</b>						
	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa	
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	WO1__
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	WO2__
<b>As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.</b>						
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente	
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	WO3__
4. 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	WO4__
5. Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	WO5__
6. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	WO6__
7. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	WO7__
8. Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5	WO8__
9. O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5	WO9__
10. O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5	WO10__
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente	
11. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	WO11__
12. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	WO12__
13. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	WO13__

<b>As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.</b>						
	<b>Nada</b>	<b>Muito Pouco</b>	<b>Médio</b>	<b>Muito</b>	<b>Completamente</b>	
<b>14.</b> Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO14__
<b>15.</b> Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	WO15__
<b>16.</b> Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	WO16__
<b>17.</b> Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?	1	2	3	4	5	WO17__
<b>18.</b> Quão disponíveis para você estão <b>Muito Insatisfeito</b> as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO18__
<b>19.</b> Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	WO19__
	<b>Muito ruim</b>	<b>Ruim</b>	<b>Nem ruim nem bom</b>	<b>Bom</b>	<b>Muito bom</b>	
<b>20.</b> Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	WO20__
<b>As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.</b>						
	<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Satisfeito Nem Insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	
<b>21.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	WO21__
<b>22.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO22__
<b>23.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	WO23__
<b>24.</b> Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	WO24__
<b>25.</b> Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	WO25__
<b>26.</b> Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	WO26__
<b>27.</b> Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	WO27__
<b>28.</b> Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	WO28__
	<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Satisfeito Nem Insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	
<b>29.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	WO29__
<b>30.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	WO30__
<b>31.</b> Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	WO31__

## ANEXO E

### APRECIÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA E PESQUISA

<p>HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO/ UNIVERSIDADE FEDERAL DO</p>											
<b>PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP</b>											
Elaborado pela Instituição Coparticipante											
<b>DADOS DO PROJETO DE PESQUISA</b>											
<b>Título da Pesquisa:</b> FATORES DE SAÚDE DETERMINANTES DA QUALIDADE DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV											
<b>Pesquisador:</b> vanessa da frota santos											
<b>Área Temática:</b>											
<b>Versão:</b> 2											
<b>CAAE:</b> 37868214.9.3001.5045											
<b>Instituição Proponente:</b> Departamento de Enfermagem											
<b>Patrocinador Principal:</b> Financiamento Próprio											
<b>DADOS DO PARECER</b>											
<b>Número do Parecer:</b> 1.215.361											
<b>Apresentação do Projeto:</b> Trata-se de um adendo ao protocolo de dissertação de mestrado de Vanessa da Frota Santos, intitulado "Fatores de saúde determinantes da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV". O protocolo foi analisado e aprovado em 23 de maio de 2015, sob o nº 1.003.964. Referido adendo é alisivo à mudança nos critérios de inclusão dos participantes. Critérios anteriores: ser adulto (acima de 18 anos), de ambos os sexos, diagnosticado com o HIV, que não esteja em uso de TARV, atendido no Serviço de Atenção Especializada do HUWC. Critérios propostos: os mesmos anteriormente apresentados acrescentando-se paciente que esteja em uso de TARV, em face da mudança do protocolo para pessoas que vivem com HIV/aids.											
<b>Objetivo da Pesquisa:</b> Geral: Avaliar fatores de saúde que influenciam na qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV e o apoio social recebido. Específicos: 1-Descrever as características sociodemográficas das PVHA que não fazem uso de TARV; 2-Analisar os fatores associados ao uso de álcool por meio da aplicação do AUDIT. 3- Analisar a presença de ansiedade e depressão entre as PVHA; 4-Descrever os parâmetros de avaliação da QV por meio da aplicação do questionário WHOQOL-HIV Bref em pessoas que vivem com HIV e que não fazem uso de TARV; 5-Associar os índices de qualidade de vida ao uso de											
<table style="width: 100%; border: none;"> <tr> <td style="border: none;"><b>Endereço:</b> Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290</td> <td style="border: none; text-align: right;"><b>CEP:</b> 60.430-370</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>Bairro:</b> Rodolfo Teófilo</td> <td style="border: none;"></td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>UF:</b> CE</td> <td style="border: none;"><b>Município:</b> FORTALEZA</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"><b>Telefone:</b> (85)3366-8613</td> <td style="border: none;"><b>Fax:</b> (85)3281-4961</td> </tr> <tr> <td style="border: none;"></td> <td style="border: none; text-align: right;"><b>E-mail:</b> cephuwc@huwc.ufc.br</td> </tr> </table>		<b>Endereço:</b> Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290	<b>CEP:</b> 60.430-370	<b>Bairro:</b> Rodolfo Teófilo		<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA	<b>Telefone:</b> (85)3366-8613	<b>Fax:</b> (85)3281-4961		<b>E-mail:</b> cephuwc@huwc.ufc.br
<b>Endereço:</b> Rua Capitão Francisco Pedro, nº 1290	<b>CEP:</b> 60.430-370										
<b>Bairro:</b> Rodolfo Teófilo											
<b>UF:</b> CE	<b>Município:</b> FORTALEZA										
<b>Telefone:</b> (85)3366-8613	<b>Fax:</b> (85)3281-4961										
	<b>E-mail:</b> cephuwc@huwc.ufc.br										
Página 01 de 04											