



UFPB

**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA
CENTRO DE CIÊNCIAS EXATAS E DA NATUREZA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MODELOS DE DECISÃO E SAÚDE**

REBECA ROCHA CARNEIRO

**QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS VIVENDO
COM HIV/AIDS E SUA ASSOCIAÇÃO COM ASPECTOS CLÍNICOS E ADESÃO
AO TRATAMENTO**

**JOÃO PESSOA-PB
2019**

REBECA ROCHA CARNEIRO

**QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS VIVENDO
COM HIV/AIDS E SUA ASSOCIAÇÃO COM ASPECTOS CLÍNICOS E ADEÇÃO
AO TRATAMENTO**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos em Decisão e Saúde – Nível Mestrado- do Centro de Ciências Exatas e da Natureza da Universidade Federal da Paraíba, como requisito regulamentar para obtenção do título de Mestre.

Linha de pesquisa: Modelos em Saúde - Doenças parasitárias: aspectos epidemiológicos, clínicos e terapêuticos.

Orientadores: Caliandra Maria Bezerra Luna Lima
Hemílio Fernandes Campos Coêlho

Catálogo na publicação
Seção de Catalogação e Classificação

C289q Carneiro, Rebeca Rocha.

Qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens
vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos
clínicos e adesão ao tratamento / Rebeca Rocha
Carneiro. - João Pessoa, 2020.

131 f.

Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCEN.

1. Qualidade de vida. 2. HIV. 3. Aids. 4. Adolescente.
5. Adulto jovem. I. Título

UFPB/BC

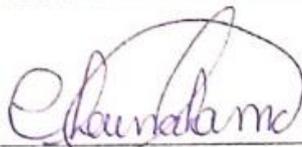
REBECA ROCHA CARNEIRO

**QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS VIVENDO
COM HIV/AIDS E SUA ASSOCIAÇÃO COM ASPECTOS CLÍNICOS E ADESÃO
AO TRATAMENTO**

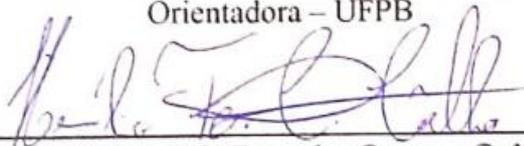
Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde da
Universidade Federal da Paraíba para obtenção de Título de Mestre.

Aprovada em 16 de dezembro de 2019.

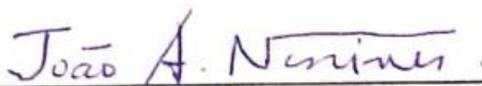
BANCA EXAMINADORA



Prof.^a. Dra. Caliandra Maria Bezerra Luna Lima
Orientadora – UFPB



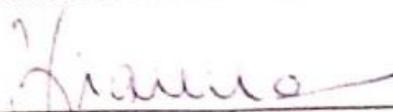
Prof. Dr. Hemílio Fernandes Campos Coêlho
Orientador - UFPB



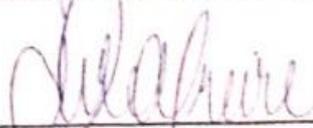
Prof. Dr. João Agnaldo do Nascimento
Examinador Interno - UFPB



Prof. Dr. Luiz Medeiros de Araujo Lima Filho
Examinador Interno – UFPB



Prof. Dr. Rodrigo Pinheiro de Toledo Vianna
Examinador Interno - UFPB



Prof.^a. Dra. Maria Eliane Moreira Freire
Examinadora Externa - UFPB

*Dedico este trabalho a Deus, maior orientador da minha vida.
Ele que nunca me abandonou nos momentos de necessidade.*

AGRADECIMENTOS

Ao meu amado **Deus**, a minha mais profunda gratidão. Sei Senhor, que todo este trabalho é fruto da Vossa Infinita Misericórdia por mim. Como Pai, me protegeste, cuidou de cada detalhes e deu-me força, coragem, ânimo e discernimento para enfrentar as dificuldades. Não tenho dúvidas de que em todo este processo fui conduzida pelo teu amor! Verdadeiramente, até aqui me ajudou o Senhor! Louvado seja Deus! A ti, minha eterna gratidão e amor.

À toda **minha família**, que sempre acreditou que conseguiria seguir em frente mesmo meio aos obstáculos impostos pelas atividades do dia-a dia.

A minha orientadora Prof^a. Dr^a. **Caliandra Maria**, agradeço por cada palavra de incentivo, por entender minhas limitações e pelos ensinamentos repassado. Peço que Deus a conserve sempre com esse coração bondoso, compreensivo e acolhedor. Obrigada por acreditar e pelo voto de confiança! Que Deus à abençoe, hoje e sempre.

Ao meu orientador Dr. **Hemílio Fernandes**. que tem o dom de ensinar estatística. Que soube entender meu jeito agoniada e ansiosa. Por toda paciência e compreensão.

Ao professor Prof. Dr. **João Agnaldo**, agradeço todos os ensinamentos partilhados, sobretudo nas regressões. Agradeço por cada escuta, pela força e palavras motivadoras quando mais precisei. Que Deus o conserve sempre assim, um verdadeiro amigo, sempre disposto a ajudar a todos.

Ao Prof. Dr. **Rodrigo Pinheiro**, meu muito obrigada por transmitir tamanho conhecimento e por nos transmitir tanta paz quando tudo parecia estar nublado. Pela disponibilidade em participar da banca e contribuir com este estudo.

Ao grupo de pesquisa, em especial a **Allan Batista**! Que nunca me abandonou, segurou em minha mão, entendeu meus desesperos nesse mundo acadêmico e se aliou a mim como um verdadeiro amigo, que em qualquer dia e horário, atendia minhas ligações para tirar as dúvidas mais bobas que eu tinha.

Aos **membros da banca examinadora**, por tamanho profissionalismo, competência e ensinamentos, são meu orgulho.

A **Ingrid Bergman** que me ajudou na coleta de dados, onde viajava de Guarabira só para vir me ajudar nos dias em que eu estava de plantão e lá ficava a manhã toda coletando. Muito obrigada pela parceria.

A meu grande amigo, **Sergio Vital**, por estar sempre disponível, por todo incentivo e troca de experiência. Nunca esquecerei o quanto me ensinaste.

Aos meus **professores da pós-graduação** pelos conhecimentos compartilhados, por tamanha presteza, atenção, pelas contribuições para o nosso crescimento acadêmico e por estarem sempre disponíveis para ajudar e fornecer palavras de ânimo.

Aos meus queridos **colegas de turma** pelos momentos de união, ajuda, presteza, troca de saberes, pelo apoio concedido e por todos os momentos que dividimos durante este período.

Aos **funcionários** do Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga, pelo acolhimento que proporcionou total liberdade, dentro dos padrões éticos, para realização deste trabalho.

Aos **adolescentes e jovens com HIV/aids** que gentilmente aceitaram participar do estudo.

A todos que fazem o Programa de Pós-Graduação em Modelos de Decisão e Saúde, agradeço imensamente.

A **UFPB**, pela oportunidade de realizar esse sonho.

À **CAPES** pelo apoio científico.

Aos demais, meu muito obrigada!

Com carinho,
Rebeca Rocha

A gratidão desbloqueia a abundância da vida. Ela torna o que temos em suficiente, e mais. Ela torna a negação em aceitação, caos em ordem, confusão em claridade. Ela pode transformar uma refeição em um banquete, uma casa em um lar, um estranho em um amigo. A gratidão dá sentido ao nosso passado, traz paz para o hoje, e cria uma visão para o amanhã.

Melody Beattie

RESUMO

Com o advento da terapia antirretroviral (TARV) de alta potência, benefícios inequívocos para redução da morbimortalidade associada à aids, o aumento da sobrevivência das pessoas vivendo com HIV/aids tornou-se uma realidade e estas pessoas infectadas passaram a ter preocupações com a sua qualidade de vida. Conhecer e compreender as condições físicas, psicológicas e sociais, que envolvem o paciente, representa uma ferramenta importante e indispensável para abordagem das pessoas que vivem com esse agravo. Neste contexto, destacam-se os adolescentes e adultos jovens que experimentam tão cedo a vivência com o HIV/aids e com o seu tratamento. **Objetivo:** avaliar a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos clínicos, vida afetivo-sexual e adesão ao tratamento. **Método:** Estudo analítico e descritivo, de corte transversal e natureza quantitativa; realizado em um hospital de referência em doenças infecciosas do Estado da Paraíba, localizado no município de João Pessoa–PB. Os dados foram coletados no período de fevereiro a maio de 2019. A população foi constituída por adolescente e adultos jovens vivendo com HIV/aids que estavam sendo acompanhados ambulatoriamente neste hospital e a amostra envolveu 76 usuários. Para coleta de dados, utilizou-se um questionário estruturado contendo informações sociodemográficas, afetivo-sexual e clínicas, e instrumentos específicos para avaliação da qualidade de vida, o *World Health Organization Quality of Life*, versão abreviada (*WHOQOL-HIV-Bref*) e Escala de Adesão ao Tratamento (CEAT-HIV). Os dados foram analisados por meio da estatística descritiva, por um modelo de Regressão Logística Binária e um modelo baseado no peso da evidência, o *Weight of Evidence* (WoE). **Resultados:** Dentre os participantes, houve idade média de 19 anos, com maior número de casos na faixa etária entre 22 e 24 anos; a maioria é homem (84,21%), solteiros (73,69%), não professa nenhum tipo de fé (50%) e a maioria com ensino médio completo (28,95%). No que diz respeito a vida afetivo-sexual, os resultados demonstram alguns tipos de vulnerabilidade com que adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids estão expostos, onde a maioria é autodeclarado homossexual e a principal forma de exposição para HIV/aids foi a sexual, uma parcela representativa relata não ter parceiro fixo, permanece em relacionamentos em curto período, os parceiros sexuais desconhecem sua soropositividade, mantem relacionamentos com indivíduos soronegativo e usam preservativos de maneira descontinuada. Em análise do *WHOQOL-HIV-Bref*, o escore total da qualidade de vida obteve mediana igual a 66,38. Dentre os domínios do instrumento, os mais afetados foram os domínios meio ambiente e psicológico e o que representa melhor escore foi o domínio físico. A partir do modelo de regressão logística foi possível identificar as variáveis que possuem impacto negativo na qualidade de vida, identificando como fatores que diminuem a chance para boa qualidade de vida: não ter religião e estar internado. Em contrapartida o modelo apontou que ter adesão à TARV, ser do sexo masculino, relacionar-se com parceiro sorodiscordante e ter algum tipo de religião são fatores que aumentam a qualidade de vida. Existe correlação entre todos os domínios de qualidade de vida e adesão a TARV. O modelo WoE gerado, contribui para fortalecer as evidências apontadas pelos modelos de regressão logística para cada domínio, reforçando em quase todos os domínios a associação entre a adesão a terapia antirretroviral e a qualidade de vida. **Conclusão:** O desenvolvimento dessa investigação é oportuno para que informações acerca da epidemiologia e dos fatores que interferem na qualidade de vida desta população sejam disponibilizadas para subsidiar tomada de decisões de profissionais da área da saúde e correlatas no sentido de prevenir e controlar os fatores que podem afetar a qualidade de vida e a adesão ao tratamento destas pessoas, características fundamentais para melhores condições de vida após a infecção pelo vírus HIV.

Descritores: Qualidade de vida; HIV; Aids; Adolescente; Adulto jovem.

ABSTRACT

With the advent of high-potency antiretroviral therapy (ART), unequivocal benefits for reducing AIDS related morbidity and mortality, the increased survival of people living with HIV/AIDS has become a reality and these infected people have become concerned about their quality of life. Knowing and understanding the physical, psychological and social conditions that involve the patient, represents an important and indispensable tool for approaching people who live with this condition. In this context, adolescents and young adults who experience HIV and AIDS and its treatment so early stand out. **Objective:** to assess the health-related quality of life of adolescents and young adults living with HIV/AIDS and its association with clinical aspects, affective-sexual life and adherence to treatment. **Method:** Analytical and descriptive study, cross-sectional and quantitative in nature; held at a referral hospital for infectious diseases in the state of Paraíba, located in the city of João Pessoa – PB. Data were collected from February to May 2019. The population consisted of adolescents and young adults living with HIV/AIDS who were being followed up on an outpatient basis in this hospital and the sample involved 76 users. For data collection, a structured questionnaire was used containing sociodemographic, affective-sexual and clinical information, and specific instruments for assessing quality of life, the World Health Organization Quality of Life, shortened version (WHOQOL-HIV-Bref) and Scale Adherence to Treatment (CEAT-HIV). The data were analyzed using descriptive statistics, a Binary Logistic Regression model and a weight-based model of evidence, the Weight of Evidence (WoE). **Results:** Among the participants, there was an average age of 19 years, with a greater number of cases in the age group between 22 and 24 years; the majority are men (84.21%), single (73.69%), do not profess any kind of faith (50%) and the majority have completed high school (28.95%). With regard to affective-sexual life, the results demonstrate some types of vulnerability to which adolescents and young adults living with HIV/AIDS are exposed, where the majority are self-declared homosexual and the main form of exposure to HIV/AIDS was sexual, a representative portion reports not having a steady partner, remains in short-term relationships, sexual partners are unaware of their HIV-positive status, maintain relationships with HIV-negative individuals and use condoms discontinuously. In a WHOQOL-HIV-Bref analysis, the total quality of life score had a median equal to 66.38. Among the domains of the instrument, the most affected were the environment and psychological domains and the one that represents the best score was the physical domain. From the logistic regression model, it was possible to identify the variables that have a negative impact on quality of life, identifying as factors that decrease the chance for good quality of life: not having religion and being hospitalized. On the other hand, the model pointed out that having adherence to ART, being male, relating to a serodiscordant partner and having some type of religion are factors that increase the quality of life. There is a correlation between all domains of quality of life and adherence to ART. The generated WoE model contributes to strengthening the evidence pointed out by the logistic regression models for each domain, reinforcing in almost all domains the association between adherence to antiretroviral therapy and quality of life. **Conclusion:** The development of this investigation is opportune so that information about the epidemiology and the factors that interfere in the quality of life of this population are available to support decision-making by health professionals and related in order to prevent and control the factors that may affect the quality of life and adherence to the treatment of these people, fundamental characteristics for better living conditions after infection by the HIV virus.

Keywords: Quality of life; HIV; Aids; Adolescent; Young Adult.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

| | | |
|------------------|---|----|
| Quadro 1 | Questões do WOQOL-HIV- <i>Bref</i> de acordo com o domínio..... | 55 |
| Quadro 2 | Significado das dimensões da escala, segundo o CEAT-HIV..... | 58 |
| Gráfico 1 | Distribuição do número de casos de aids entre adolescentes de 13 a 19 anos categorizados por sexo, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017..... | 27 |
| Gráfico 2 | Distribuição do número de casos de aids entre adolescentes de 20 a 24 anos categorizados por sexo, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017..... | 28 |
| Gráfico 3 | Taxa de detecção de aids (x100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2007..... | 29 |
| Gráfico 4 | Taxa de detecção de aids (x100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2017..... | 29 |
| Figura 1 | Ciclo de vida do vírus HIV-1..... | 36 |
| Figura 2 | Forma da relação logística entre as variáveis..... | 45 |
| Figura 3 | Boxplot dos escores dos domínios do WHOQOL- HIV- <i>Bref</i> (Média dos Domínios). João Pessoa-PB, 2019..... | 70 |
| Figura 4 | Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio físico..... | 85 |
| Figura 5 | Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio psicológico..... | 86 |
| Figura 6 | Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio nível de independência..... | 87 |
| Figura 7 | Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio relações sociais..... | 88 |
| Figura 8 | Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio meio ambiente..... | 89 |
| Figura 9 | Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio espiritualidade/religião e crenças..... | 90 |

LISTA DE TABELAS

| | | |
|------------------|--|----|
| Tabela 1 | Agentes antirretrovirais agrupados de acordo com a classe terapêutica disponível no Brasil..... | 34 |
| Tabela 2 | Matriz de classificação..... | 47 |
| Tabela 3 | Dados gerais de uma tabela 2X2..... | 49 |
| Tabela 4 | Descrição do perfil de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo variáveis sociodemográficas (n=76). João Pessoa-PB, 2019..... | 65 |
| Tabela 5 | Descrição do perfil de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo variáveis da vida afetivo-sexual (n=76). João Pessoa-PB, 2019..... | 66 |
| Tabela 6 | Descrição do perfil de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo variáveis clínicas (n=76). João Pessoa-PB, 2019..... | 67 |
| Tabela 7 | Distribuição de frequência da auto avaliação da qualidade de vida e nível de satisfação com a saúde dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o WHOQOL-HIV <i>Bref</i> (n=76). João Pessoa-PB, 2019..... | 68 |
| Tabela 8 | Distribuição descritiva do escore de auto avaliação da qualidade de vida, dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o WHOQOL-HIV <i>Bref</i> (n=76). João Pessoa-PB , 2019..... | 68 |
| Tabela 9 | Medidas descritivas dos escores dos domínios WHOQOL-HIV- <i>Bref</i> dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids. João Pessoa-PB, 2019..... | 69 |
| Tabela 10 | Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> , segundo as variáveis sociodemográficas em adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids. João Pessoa-PB, 2019..... | 71 |
| Tabela 11 | Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> , segundo as variáveis afetivo-sexual em adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids (n=76). João Pessoa- PB, 2019..... | 72 |
| Tabela 12 | Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> , segundo as variáveis clínica em adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids (n=76). João Pessoa-PB, 2019..... | 73 |

| | | |
|------------------|---|----|
| Tabela 13 | Relação das variáveis independentes utilizadas para verificar à associação com os domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> por meio do teste qui-quadrado/ teste de <i>Fisher's</i> . João Pessoa-PB, 2019..... | 75 |
| Tabela 14 | Medidas descritivas das dimensões do CEAT-HIV dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids (n=76). João Pessoa-PB, 2019..... | 77 |
| Tabela 15 | Coeficiente de correlação de <i>Spearman</i> entre domínios de WHOQOL-HIV <i>Bref</i> e as dimensões da Escala de adesão ao tratamento antirretroviral-CEAT. João Pessoa-PB, 2019..... | 78 |
| Tabela 16 | Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV- <i>Bref</i> , segundo a classificação da adesão ao tratamento antirretroviral pelo CEAT-HIV em PVHA. João Pessoa-PB, 2019..... | 79 |
| Tabela 17 | Distribuição dos coeficientes de correlação entre domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> e a adesão global ao tratamento antirretroviral em PVHA. João Pessoa-PB, 2019..... | 79 |
| Tabela 18 | Resultado do ajuste final da Regressão Logística binária de acordo com as variáveis associadas aos domínios da qualidade de vida do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> . João Pessoa-PB, 2019..... | 83 |
| Tabela 19 | Matriz de classificação dos modelos de regressão logística dos domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> . João pessoa-PB, 2019..... | 84 |

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

| | |
|----------|--|
| 3TC | Lamivudina |
| AAS | Amostragem Aleatória Simples |
| ABC | Abacavir |
| ADT | Assistência Domiciliar Terapêutica |
| APV | Amprenavir |
| ARV | Antirretroviral |
| ATV | Atazanavir |
| AZT | Zidovudina |
| CCR5 | Proteína Receptora localizada na superfície dos macrófagos |
| CDC | <i>Disease Control and Prevention</i> |
| CEAT-HIV | Questionário de Avaliação da Adesão à Terapia do HIV |
| CV | Carga viral |
| d4T | Estavudina |
| ddC | Zalcitabina |
| ddI | Didanosina |
| DNA | Ácido Desoxirribonucleico (código genético) |
| DRV | Darunavir |
| DST | Doenças Sexualmente Transmissíveis |
| DTG | Dolutegravir |
| EFZ | Efavirenz |
| ETR | Etravirina |
| EUA | Estados Unidos da América |
| FDA | <i>Food and Drug Administration</i> |
| GAPA | Gupo de Apoio à Prevenção à Aids |
| GRID | <i>Gay Related Immune Deficiency</i> |
| HAART | Terapia Antirretroviral de Alta Potência |
| HAT-QoI | HIV/Aids Quality of life test |
| HD | Hospital Dia |
| HIV | Vírus da Imunodeficiência Humana |
| HSH | Homens que Fazem Sexo Com Homens |
| HTLV | Vírus T-Linfotrópico Humano |

| | |
|-------------|--|
| IDV | Indinavir |
| IF | Inibidor de Fusão |
| INI | Inibidor da Integrase |
| IO | Infecção Oportunista |
| IP | Inibidor da Protease reforçado com ritonavir |
| IP/r | Inibidor da Protease |
| IST | Infecção Sexualmente Transmissível |
| ITRN | Inibidor da Transcriptase Reversa Análoga de Nucleosídeo |
| ITRNN | Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análoga de Nucleosídeo |
| ITRNt | Inibidor de Transcriptase Reversa Análoga de Nucleotídeo |
| LAV | <i>Lymphadenopathy Associated Virus</i> |
| LPV/r | Lopinavir associado ao ritonavir |
| MVC | Maraviroque |
| MS | Ministério da Saúde |
| NFV | Nelfinavir |
| NVP | Nevirapina |
| OMS | Organização Mundial da Saúde |
| ONG | Organização Não Governamental |
| PC | Percentil |
| PCDT | Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas |
| PEP | Profilaxia Pós-Exposição |
| PN-DST/Aids | Programa Nacional das DST e Aids |
| PrEP | Profilaxia Pré-Exposição |
| PVHA | Pessoas Vivendo com HIV/Aids |
| QV | Qualidade de Vida |
| QVRS | Qualidade de Vida Relacionada à Saúde |
| RAL | Raltegravir |
| RNA | Ácido Ribonucleico (código genético) |
| RTV | Ritonavir |
| SAME | Serviço de Arquivo Médico |
| SINAN | Sistema de Informação de Agravos de Notificação |

| | |
|---------------------------|--|
| SICLOM | Sistema de Controle Logístico de Medicamento |
| SISCEL | Sistema de Controle de Exames Laboratoriais |
| SQV | Saquinavir |
| SPSS | <i>Statistical Package for Social Sciences</i> |
| SUS | Sistema Único de Saúde |
| T20 | Enfuvirtida |
| TARV | Terapia Antirretroviral |
| TCD4+ | Linfócitos T- CD4 |
| TDF | Tenofovir |
| TPV | Tipranavir |
| TT | Transexuais e Travestis |
| UDI | Usuário de Droga Injetável |
| UNAIDS | <i>Joint United Nations Program on HIV/Aids</i> |
| WHOQOL-HIV <i>Bref</i> | Questionário para Avaliação de Qualidade de Vida das pessoas que vivem com HIV/aids do Ministério da Saúde abreviado |
| TA | Termo de Assentimento |
| TCLE | Termo de Consentimento Livre e Esclarecido |

SUMÁRIO

| | | |
|--------------|---|-----------|
| 1 | INTRODUÇÃO..... | 18 |
| 2 | OBJETIVOS..... | 21 |
| 2.1 | Geral..... | 21 |
| 2.2 | Específicos..... | 21 |
| 3 | REFERENCIAL TEÓRICO..... | 22 |
| 3.1 | Contextualização histórica da infecção pelo HIV/aids no Mundo e no Brasil..... | 22 |
| 3.2 | Aspectos epidemiológicos do HIV/aids..... | 26 |
| 3.3 | Contextualização do uso da terapia antirretroviral na infecção pelo HIV/aids..... | 30 |
| 3.4 | Adolescência e juventude no contexto da infecção pelo HIV/aids..... | 38 |
| 3.5 | Qualidade de vida e sua relação com pessoas vivendo com HIV/aids..... | 41 |
| 3.6 | Tomada de decisão em saúde..... | 43 |
| 3.7 | Modelo de Regressão Logística binária..... | 44 |
| 3.8 | Modelo de classificação binária “<i>Weight of Evidence-WoE</i>” (peso de evidência)..... | 49 |
| 4 | MATERIAL E MÉTODO..... | 51 |
| 4.1 | Tipo do estudo..... | 51 |
| 4.2 | Local do estudo..... | 51 |
| 4.3 | População e amostra..... | 52 |
| 4.4 | Critério de inclusão e exclusão..... | 53 |
| 4.5 | Instrumentos para coleta de dados..... | 53 |
| 4.5.1 | Instrumento para caracterização sociodemográficos, afetivo-sexual e aspectos clínicos frente ao HIV/aids..... | 54 |
| 4.5.2 | Instrumento de avaliação da qualidade de vida- WHOQOL-HIV-<i>Bref</i>..... | 54 |
| 4.5.3 | Instrumento de avaliação da adesão à terapia antirretroviral CEAT-HIV..... | 57 |
| 4.6 | Coleta de dados..... | 59 |
| 4.6.1 | Estudo piloto..... | 59 |
| 4.6.2 | Estratégias de recrutamento para coleta de dados definitiva..... | 59 |
| 4.7 | Análise dos dados..... | 60 |
| 4.8 | Aspectos éticos..... | 63 |
| 5 | RESULTADOS..... | 64 |
| 5.1 | Caracterização de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids segundo variáveis sociodemográficas e clínicas..... | 64 |
| 5.2 | Medidas de qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo escores do WHOQOL-HIV <i>Bref</i>..... | 68 |
| 5.3 | Avaliação da qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o WHOQOL-HIV <i>Bref</i> e as variáveis sociodemográficas, da vida afetivo- sexual e clínicas..... | 70 |

| | | |
|-----|---|-----|
| 54. | Análise das variáveis sociodemográficas, afetivo-sexual e clínicas associadas à qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens utilizando a estatística qui-quadrado..... | 74 |
| 5.5 | Análise dos escores de adesão ao tratamento antirretroviral..... | 76 |
| 5.6 | Correlação entre os domínios da qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo a adesão a terapia antirretroviral, a partir de escores das dimensões do CEAT-HIV..... | 77 |
| 5.7 | Desenvolvimento de um modelo estatístico para auxiliar na tomada de decisões, a partir do Modelo de regressão logística..... | 80 |
| 5.8 | Modelo <i>Weight of Evidence</i> –WoE (Peso de Evidência)..... | 85 |
| 6 | DISCUSSÃO | 91 |
| 6.1 | Caracterização de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e saúde sexual..... | 91 |
| 6.2 | Qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o WHOQOL-HIV <i>Bref</i> e fatores explicativos sob a ótica de dois modelos de decisão..... | 96 |
| 6.3 | Adesão a terapia antirretroviral e qualidade de vida..... | 104 |
| | CONSIDERAÇÕES FINAIS | 107 |
| | REFERÊNCIAS | 109 |
| | APÊNDICES | 121 |
| | APÊNDICE A- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, VIDA AFETIVO-SEXUAL E ASPECTOS CLÍNICOS RELACIONADOS AO HIV/AIDS | 121 |
| | APÊNDICE B- TERMO DE CONSETIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 122 |
| | APÊNDICE C- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO | 124 |
| | ANEXOS | 126 |
| | ANEXO A- QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA- WHOQOL-HIV ABREVIADO | 126 |
| | ANEXO B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL-CEAT-HIV | 128 |
| | ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA | 129 |

1 INTRODUÇÃO

O Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é responsável pela Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids). Este vírus ataca o sistema imunológico, responsável por defender o organismo de doenças, sendo os linfócitos T CD4+ as células mais atingidas, podendo sofrer uma queda progressiva ao longo da doença, bem como perder sua capacidade reguladora do sistema imune. A aids é o estágio mais avançado da doença, onde, o aparecimento das infecções oportunistas, neoplasias ou contagem de linfócitos T CD4+ abaixo de 350 células/mm³ é definidor da doença (BRASIL, 2019a).

O surgimento da aids na década de 1980 foi marcado por grande sofrimento relacionado ao fato de ser uma doença grave e fatal; receber o diagnóstico de aids era como receber uma sentença de morte, porém, atualmente, assume uma condição Crônica, controlável e manejável decorrente da ampla distribuição da terapia antirretroviral (NASCIMENTO; SOUSA; PINTO, 2014; BRASIL, 2013a).

Segundo Boletim Epidemiológico Nacional, no período de 1980 até junho de 2018 foram registrados 926.742 casos de aids no Brasil. Nesse mesmo período, em adolescentes com faixa etária entre 13 a 19 anos, foram registrados 20.458 casos da doença, e em adultos jovens com faixa etária entre 20 a 24 anos, 83.766 mil casos, totalizando 104.224 casos da doença nesta população, o que corresponde a 11,25 % do número total de casos notificados neste período. No país, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população adolescente e adultos jovem apresenta tendência de aumento. Nesta população, desde 2007, esse número vem aumentando expressivamente, onde em 2007 havia 3.403 casos registrados e em 2017, com 4.913 casos, o que corresponde a um incremento de 44,37% (BRASIL, 2019b).

Apesar da baixa prevalência de soropositividade ao vírus HIV na população adolescente, acaba por impactar por ser o grupo mais precocemente acometido por via sexual. No entanto, os adultos jovens representam o grupo de mais alta prevalência, cuja infecção pode ter ocorrido na adolescência, sinalizando prioridade absoluta junto a essa população, visto que as medias de atenção de modo precoce interfere na evolução da infecção e doença (PEREIRA *et al.*, 2014).

Nesse contexto, o modo como a juventude vem se constituindo compassadamente diante da sua vulnerabilidade ao HIV e infectando-se, tem se tornado preocupante. Por representar uma expressiva parcela da população e sua susceptibilidade ao HIV vir permeando-se nos

diferentes contextos, este público tem-se caracterizado como alvo de debates sobre as políticas a eles destinadas (UNAIDS; ONUSIDA, 2010).

Nesse escopo, a população de adolescentes e adultos jovens possui vulnerabilidade à infecção pelo HIV, uma vez que nesse período acontece a iniciação sexual desses indivíduos ou contato com vias de transmissão por perfuro-cortantes (drogas injetáveis), oportunizando a falta de prevenção e contágio pelo vírus (SILVA *et al.*, 2017). Destaca-se como principal fator de exposição a prática sexual desprotegida e o uso descontinuado do preservativo, seja com o parceiro eventual ou estável, além da multiplicidade de parceiros (ARAÚJO *et al.*, 2012).

Diante deste fato, reside um grande desafio para o combate à disseminação da infecção pelo vírus HIV, já que seu enfrentamento exige mudanças comportamentais, a nível individual e coletivo, não apenas no que concerne ao exercício da sexualidade, mas de outros aspectos culturais, psíquicos e sociais (SASAKI *et al.*, 2015).

No decorrer dessa longa trajetória, até os dias atuais, o Brasil, vem se destacando como um dos países modelo no tratamento e na atenção à aids, advindas da ampla utilização da Terapia Antirretroviral (TARV), a fim de suprimir de forma sustentável a replicação viral, minimizar o surgimento de cepas virais resistentes; aumentar a sobrevida, reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA) (BRASIL, 2018a).

Isso posto, a infecção pelo HIV e todas as consequências do tratamento e estigmatização social podem interferir na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Diante disso, a Organização Mundial da Saúde (OMS), com o intuito de subsidiar o desenvolvimento de um instrumento adequado para a avaliação da Qualidade de Vida (QV), definiu que, a QV é a “percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e no sistema de valores, nos quais, ele vive e, em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”.

Na área da saúde, a QV pode ser inserida em um conceito, ainda que genérico, mais específico, para atribuir-se à percepção do bem-estar, que é diretamente influenciada por transformações no estado de saúde, doença e terapêutica (FAYERS; MACHIN, 2000; SEILD; ZANNON, 2004). Desta forma, utiliza-se a expressão Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS), que exprime a mensuração das consequências dos agravos e tratamentos, a partir da percepção de cada indivíduo/paciente, resultando em diferentes níveis de avaliação, não levando em consideração outros aspectos (ZIMPEL; FLECK, 2008).

Discorrer sobre QVRS em pessoas vivendo com HIV/aids, torna alvo de inúmeras pesquisas, com base nas necessidades humanas afetadas, pelo fenômeno de cronificação da doença, pois, com o aumento da sobrevida proporcionado pela terapia antirretroviral, seu alto

custo, inúmeros efeitos colaterais relacionados à ausência da cura para a doença e à ressignificação de projetos futuros, as pessoas infectadas pelo vírus HIV e estudiosos, passaram a ter preocupações não só com a capacidade do tratamento em aumentar a longevidade, mas também com o impacto qualitativo dessa terapêutica na qualidade de vida (DOMINGUES; WALDMAN, 2014; LAURENTI, 2003).

Nesse sentido, deve-se compreender que meramente a possibilidade de uma maior longevidade não está necessariamente ligada à boa qualidade de vida, pois a presença da infecção pelo vírus HIV implica, ainda, em inúmeras mudanças relacionadas ao enfrentamento da condição sorológica, como uso regular da TARV, auto percepção, estágio clínico, evolução da doença, mudanças corporais, ocupação, vitimização pela marginalização e preconceito, ausência de suporte social dentre outros (HANDAJANI; DJOERBAN; IRAWAN; 2012).

O que torna o HIV único em termos de seu impacto sobre a QVRS é o grande número de fatores inter-relacionados, como: a possibilidade de viver diante de situações de abandono, falta de recursos sociais e econômicos, quebra de relações afetivas, além da possibilidade de maior sobrevida (BRASIL, 2018a). Partindo desse entendimento, a QVRS é um conceito complexo, amplo, dinâmico, abstrato e multidimensional, que perpassa em diferentes perspectivas.

Diante do exposto, o presente estudo busca respostas para o seguinte questionamento: qual o impacto da infecção pelo HIV na qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes e adultos jovens vivendo com esse agravo?

Desse modo, compreender os aspectos que podem impactar na qualidade de vida dos adolescentes e jovens que vivem com a condição de ser portador do HIV/aids, pode favorecer a elaboração e implementação de estratégias que possibilitem mudanças comportamentais, bem como alocar recursos que proporcione um suporte adequado a esse grupo específico.

O estudo se justifica pela necessidade de entender e correlacionar a infecção pelo HIV e a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes e adultos jovens acometidos pela doença constituindo conhecimento relevante que possibilite a abordagem e o direcionamento de intervenções junto à essa população.

Destarte, o desenvolvimento desta investigação é oportuno para que informações acerca da epidemiologia e dos fatores que interferem na QVRS de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids sejam disponibilizadas para subsidiar decisões de profissionais da área da saúde e correlatas no sentido de prevenir e controlar os fatores que podem trazer impacto para QV destas pessoas, desse modo, proporcionando aos indivíduos afetados melhores condições de vida.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- ✓ Avaliar a qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento.

2.2 Objetivos Específicos

1. Descrever o perfil sociodemográfico, afetivo-sexual e características clínicas de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids;
2. Medir a qualidade de vida relacionada à saúde de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, a partir de escores do instrumento da OMS (WHOQOL- HIV-*Bref*), segundo variáveis sociodemográfico, afetivo-sexual e clínicos.
3. Avaliar a adesão à terapia antirretroviral de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo escores do CEAT-HIV.
4. Descrever a correlação entre os domínios da qualidade de vida relacionada à saúde dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids e a adesão ao tratamento antirretroviral a partir de escores do instrumento (CEAT-HIV).
5. Viabilizar o desenvolvimento de um modelo estatístico para auxiliar na tomada de decisão no que diz respeito à qualidade de vida da população em estudo.

3 REFERENCIAL TEÓRICO

3.1 Contextualização histórica da infecção pelo HIV/aids no Mundo e no Brasil

A primeira comunicação oficial sobre a ocorrência de casos de imunodeficiência em homens homossexuais data em 05 de junho de 1981, publicada no boletim *do Center for Disease Control and Prevention (CDC)* nos Estados Unidos da América. Constatou-se que, desde 1980, doenças oportunistas como infecção pelo citomegalovírus, causando a síndrome de *mononucleose like*, imunodepressão com pneumocistose grave, e sarcoma de *Kaposi*, tais infecções, evidenciavam falha no sistema imunológico, e estavam presentes em indivíduos com características semelhantes: adulto do sexo masculino, homossexuais e residentes de grandes centros urbanos do país, como Nova York, Los Angeles e San Francisco, na Califórnia (PINTO *et al.*, 2007).

Frente a essas observações publicada pelo CDC, *Michael Gottlieb* e seus colaboradores, se pronunciaram o que viria ser a aids, sugerindo a possibilidade de uma disfunção da imunidade celular associada a um fator que predispões os indivíduos a infecções oportunistas. Muitos autores viram nessa hipótese a certidão do nascimento da aids. No decorrer de 1982, as características clínicas da doença já estavam estabelecidas. A sigla AIDS foi adotada oficialmente no segundo semestre de 1982 e ligeiramente difundida, dado aos boletins epidemiológicos do CDC. Anteriormente, havia sido chamada por diversos nome: *gay pneumonie*, *gay câncer*, *Gay-Related Immune Deficient (GRID)* e *gay compromise syndrome* (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015). Temporariamente também se adotou o nome Doença dos 5H, representando os homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (denominação em inglês para as profissionais do sexo). Nesse mesmo ano também estava estabelecido os fatores de possível transmissão como: contato sexual, uso de drogas ou exposição a sangue e hemoderivados. Registra-se o primeiro caso decorrente de transfusão sanguínea (BRASIL, 2019c).

A partir deste fato, pesquisadores infectologistas e epidemiologistas, com o intuito de definir o perfil clínico e epidemiológico, iniciaram um processo de investigação marcado por diversos erros e acertos e reconheceram que a misteriosa síndrome, tratava-se da aids, causado por um vírus que ao entrar no organismo humano destrói as células de defesa do corpo, levando a um quadro de imunodeficiência (NOGUEIRA *et al.*, 2015).

Em 1983, o vírus foi isolado por *Françoise Barré-Sinoussi*, em Paris, em seu estudo, ele observou que os linfócitos em cultura produziam a enzima transcriptase reversa o que inicialmente se confundiu com o Vírus T-linfotrópico Humano (HTLV), mas logo em seguida observou que se tratava de um vírus diferente, pois o HTLV estimulava os linfócitos a se multiplicarem e assim aumentava a produção da transcriptase inversa e o novo vírus francês, ao contrário, destruía os linfócitos. Inicialmente o vírus foi denominado de *Lymphadenopathy Associated Virus* (LAV) ou HTLVIII e anos depois após controvérsias e batalha jurídica entre norte-americanos e franceses pela paternidade da descoberta do vírus causador da aids, uma comissão de virologista adotou a sigla HIV- *vírus da Imunodeficiência humana*. (BRASIL, 2019c; LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Quando a aids começou a se expandir nos Estados Unidos da América (EUA), médicos brasileiros já se interessavam pelo assunto e começaram a atender em seus consultórios particulares pacientes que apresentavam características clínicas da doença, que mais tarde seriam notificados como portadores de aids. Por volta do início de 1983, esses médicos, de diferentes estados, reconheciam que seus pacientes estavam efetivamente cometidos pela nova doença, sendo em quase sua totalidade homens homossexuais jovens, esse mal estava sendo amplamente divulgado por revistas médicas internacionais e timidamente pela imprensa brasileira (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

No final de 1983, a aids se tornou realidade em diferentes capitais do Brasil, e já não podia mais ignorar que se tratava de uma epidemia, quando a imprensa brasileira trazia a público, com frequência, a notícia da nova doença, nomeando a aids como, “doença que atinge os homossexuais”, “câncer *gay*” ou “peste *gay*”. Nesse mesmo período, já se publicava casos autóctone no país como também o primeiro caso de morte por aids. Tais fatos marcam o período arraigado de publicações sensacionalistas, moralista, discriminatório e causadoras de pânico na população. Desta forma, as características descritas no início da epidemia de HIV/aids que definia a doença como contagiosa, incurável, mortal e ligada a homossexuais, vinculou-a aos estigmas e preconceitos advindos da posição social, da forma de contaminação e do comportamento sexual que ainda continuam enraizados na sociedade (LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015; GARRAFA, 2012).

Perante a luta ao enfrentamento da doença, em 1985 é instituído o Grupo de Apoio à Prevenção à Aids (GAPA), primeira Organização não Governamental (ONG) do Brasil e da América Latina na luta contra a aids. Ainda neste ano é disponibilizado o primeiro teste anti-HIV para diagnóstico e é criado um Programa Federal de Controle da aids, onde o texto legal consta na Portaria do Ministério da Saúde nº 236/1985. Diante de tantos avanços e descobertas,

registra-se o primeiro caso de transmissão vertical (da gestante para o bebê). No ano seguinte, é criado o Programa Nacional de DST e aids, pelo Ministro da Saúde, Roberto Santo. Ano marcado pelo falecimento do cartunista Henrique de Souza Filho, o Henfil, aos 43 anos, em decorrência da aids (BRASIL, 2019c).

O Programa Nacional de aids atuou fortemente no fortalecimento das equipes locais implantando redes de comunicação entre profissionais e instituições, proporcionando uma resposta de nacionalização à epidemia e a estruturando adoção de diretrizes que fundamentaram as primeiras ações de enfrentamento da epidemia em todo o país (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009). Nesse seguimento, passou a adotar o dia 1º de dezembro como Dia Mundial de Luta Contra a aids com intuito de atrair olhares para a doença e suas medidas de prevenção (BRASIL, 2019c, LAURINDO-TEODORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Com o nascer do Sistema Único da Saúde (SUS), em 1988, impulsionado pelos movimentos sociais de luta contra a aids, o país inicia a política de fornecimento de medicamento, para o tratamento das infecções oportunistas da população acometida pela doença (BRASIL, 2015a). A maneira como se estruturou o programa nacional ganhou força quando em 1994 o Banco Mundial, instituição financeira internacional que efetua empréstimos a países em desenvolvimento, concedeu empréstimos que autorizou o financiamento das ações de controle e prevenção de DST/aids no país. A partir do acordo firmado com a referida instituição financeira e o aumento das ações de controle, é inaugurado um novo momento de resposta à aids no Brasil (BARROS; SILVA, 2016; BRASIL, 2015a). Concomitantemente, no referido ano, é descoberto que o antirretroviral, zidovudina (AZT) impedia a transmissão vertical.

Meados de 1995, foi anunciado o “coquetel antirretroviral” promissor para o tratamento da aids, gerando expectativas para mudança do panorama do tratamento deste agravo, deixando de ser uma doença letal para se transformar em uma doença crônica e de controle. Tão grande foi a mobilização social que no ano seguinte, mediante aprovação da Lei nº 9.313 de 13 de novembro de 1996, disponibilizou-se gratuitamente os medicamentos aos portadores da doença. Após esta universalização, em 1999, a mortalidade ocasionada pela aids sofre uma queda em 50% ao passo que também ocorre redução em mais de 50% dos casos de transmissão vertical, impactando positivamente a sobrevivência e a qualidade de vida dessas pessoas (BRASIL, 2015a; GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Após implantação do programa de acesso universal a TARV, o Brasil atraiu olhares respeitosos tendo visibilidade no âmbito internacional em defesa das posições de resposta nacional nas áreas de prevenção, assistência e defesa dos direitos humanos.

Entre nos anos de 2010 a 2015 grandes mudanças no tratamento foram surgindo, desde esquemas terapêuticos a recomendações de quando iniciar o tratamento, aspectos esses que foram sendo publicados em protocolos clínicos e diretrizes terapêuticas para o manejo da infecção. Tais mudanças estão descritas logo a seguir onde será abordado a contextualização do uso da terapia antirretroviral na infecção pelo HIV/aids.

Em julho de 2017, o Ministério da Saúde (MS), juntamente com a Fundação Oswaldo Cruz (Fiocruz), lançou o Projeto para Implementação da Profilaxia Pré-Exposição na América Latina (PrEP). O objetivo do projeto é verificar a aceitabilidade da PrEP no seguimento populacional prioritário, formadas por cerca de 7,5 mil pessoas, entre gays e Homens que fazem Sexo com Homens (HSH), profissionais do sexo, pessoas transexuais e casais sorodiscordantes para o HIV, os grupos mais afetados pela epidemia do HIV/aids. (BRASIL, 2019c; BRASIL, 2018b).

A PrEP insere-se como uma estratégia adicional dentro de um conjunto de ações preventivas, denominadas “prevenção combinada”, como forma de potencializar a proteção contra o HIV. A prevenção combinada inclui: testagem regular; Profilaxia Pós-Exposição ao HIV (PEP); teste durante o pré-natal e tratamento da gestante que vive com o vírus; redução de danos para uso de drogas; testagem e tratamento de outras Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e das hepatites virais; uso de preservativo masculino e feminino, além do tratamento para todas as pessoas. Desta maneira, o compromisso com a disponibilização dos medicamentos para a prevenção do HIV, testes rápidos para HIV, sífilis e hepatites, vacinas para hepatite B, exames de monitoramento, insumos de prevenção como preservativos e lubrificantes, além do tratamento para as pessoas que tiverem resultado positivo para o HIV permeiam as responsabilidades do Ministério da Saúde (BRASIL, 2019c).

Essa nova estratégia, a PrEP, vem sendo ofertada pelo SUS, desde dezembro de 2017, trazendo repercussões inusitadas com uma eficácia considerável nos ensaios clínicos desenvolvidos, apresentando uma redução no risco de infecção que varia de 92% a 100% (QUEIROZ; SOUSA, 2017).

Após os registros oficiais desde o início da epidemia, a aids, tornou-se rapidamente em um fenômeno mundial, transformando-se em grave problema de saúde pública crescente, tão logo, elevou-se a pandemia, com alastramento expressivo nas regiões mais pobres do planeta (BAZIN *et al.*, 2014).

Nesse entendimento, adversidades foram ultrapassadas e melhorias alcançadas, tanto na esfera governamental quanto na esfera não governamental, entretanto, ainda falta muito a ser alcançado no enfrentamento deste agravo. Há, nesta árdua realidade, um peregrinar, cujos

caminhos confluem para um lugar comum - a cura. Muitos se dedicaram e sacrificaram até o fim da vida sendo contabilizados numa trincheira epidemiológica (SILVA, 2019).

3.2 Aspectos epidemiológicos do HIV/aids

Desde o início da epidemia de cerca de 77,3 milhões de pessoas foram infectados pelo HIV e 35,4 milhões de pessoas morreram por causas relacionadas à aids. Segundo estimativas da *Joint United Nations Program on HIV/aids* (UNAIDS), no ano de 2017, aproximadamente 36,9 milhões de pessoas viviam com HIV/aids no mundo. O número de novas infecções no referido ano foi de 1,8 milhões, em comparação com 3,4 milhões em 1996, corresponde a uma queda de 47% do número de novas infecções no referido ano. Do número total de casos de pessoas vivendo com HIV no ano de 2017, aproximadamente 21,7 (59%) milhões tinham acesso ao tratamento, um aumento de 2,3 milhões em comparação a 2016. Em 2017, o número de mortes relacionadas a doença chegou a 940 mil mortes. Em 2010, entre adultos, as novas infecções por HIV caíram cerca de 16%, de 1,9 milhão para 1,6 milhão em 2017 (UNAIDS, 2018).

Segundo Boletim Epidemiológico Nacional em HIV/aids, no período de 1980 até junho de 2018, foram registrados 926.742 casos de aids no Brasil. A taxa de detecção de aids no país vem apresentando queda gradativa nos últimos dez anos, apresentando redução de 9,4%, onde 2007 a taxa foi de 20,2 casos/100 mil habitantes e, em 2017, de 18,3/100 mil habitantes, com uma média de 19,3 casos/100mil habitantes; essa redução na taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013 (BRASIL, 2018a).

Conforme últimos dados do Ministério da Saúde, de 1980 até 31 de dezembro de 2017, o Brasil registrou 327.655 casos de óbitos da doença. No período de 2007 a 2017, verificou-se uma queda de 14,8% no coeficiente de mortalidade, que passou de 5,6 para 4,8 óbitos por 100 mil habitantes no período. O número declinou, a epidemia se tornou silenciosa, mas continua matando (BRASIL, 2018a).

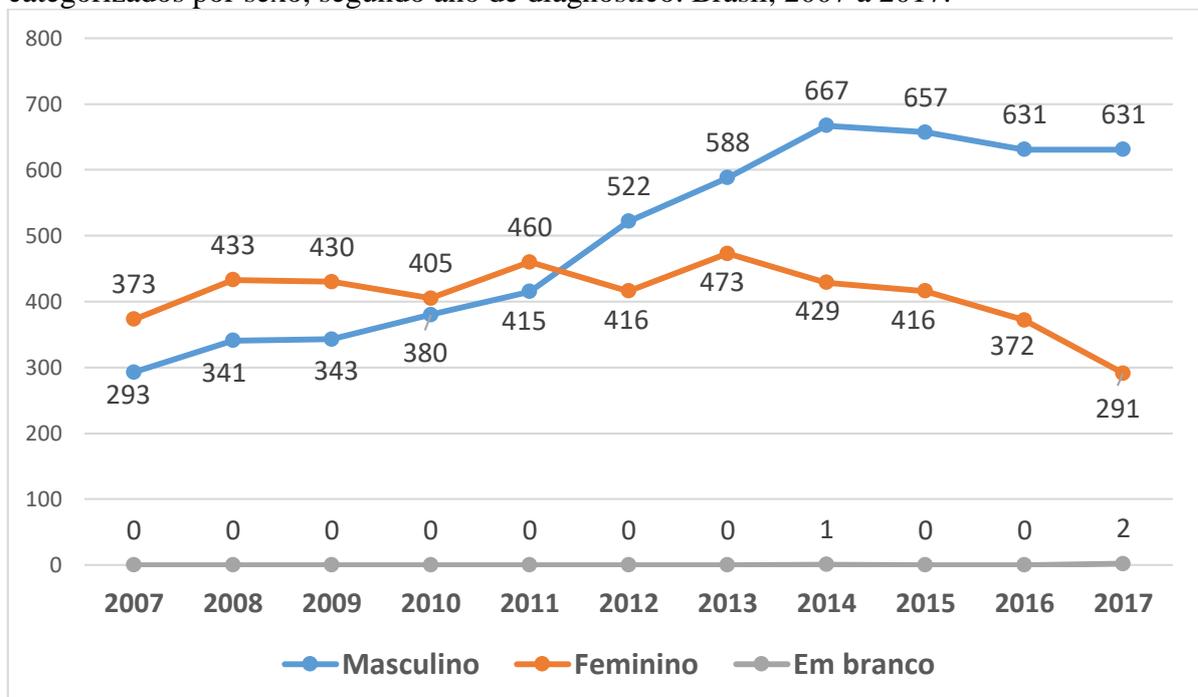
No Estado da Paraíba, do início da epidemia até junho de 2018 foram notificados nas bases de dados oficiais, 8.676 casos de aids. A taxa de detecção do Estado passou de 9,8/100.000 em 2007, para 13,3/100.00 habitantes em 2017, taxa menor que a média nacional que é de 20,66/100.000 habitantes, porém João Pessoa, capital do Estado, tem uma taxa de detecção de 25,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2018a).

No período de 1980 a junho de 2018, o Brasil registrou no grupo de adolescentes com faixa etária entre 13 a 19 anos, 20.458 casos da doença, e em adultos jovens com faixa etária entre 20 a 24 anos, 83.766 mil casos, totalizando 104.224 casos da doença nesta população, o que corresponde a 11,25 % do número total de casos de aids notificados no país.

No Brasil, a taxa de prevalência da infecção pelo HIV na população jovem apresenta tendência de aumento. No período entre 2007 a 2017, registrou-se um total de 49.126 casos de aids na população adolescente e adultos jovem, na faixa etária compreendida entre 13 a 24 anos, tendo uma média anual de 4.466 casos novos. Nesta população, desde 2007, esse número vem aumentando expressivamente, onde em 2007 havia 3.403 casos registrados e em 2017, com 4.913 casos, o que corresponde a um incremento de 44,37%, conforme apresentado nos gráficos 1 e 2 (BRASIL, 2019b).

Do total de casos, 9.969 (20,29%) corresponde ao número de casos na faixa etária de 13 a 19 anos. Nessa faixa etária, entre 2007 a 2011, observava-se um maior número de casos entre mulheres, porém a partir de 2012 o número de casos se torna maior entre os homens, chegando a ser duas vezes maior entre os homens em 2017, conforme mostra a gráfico 1 (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2018a).

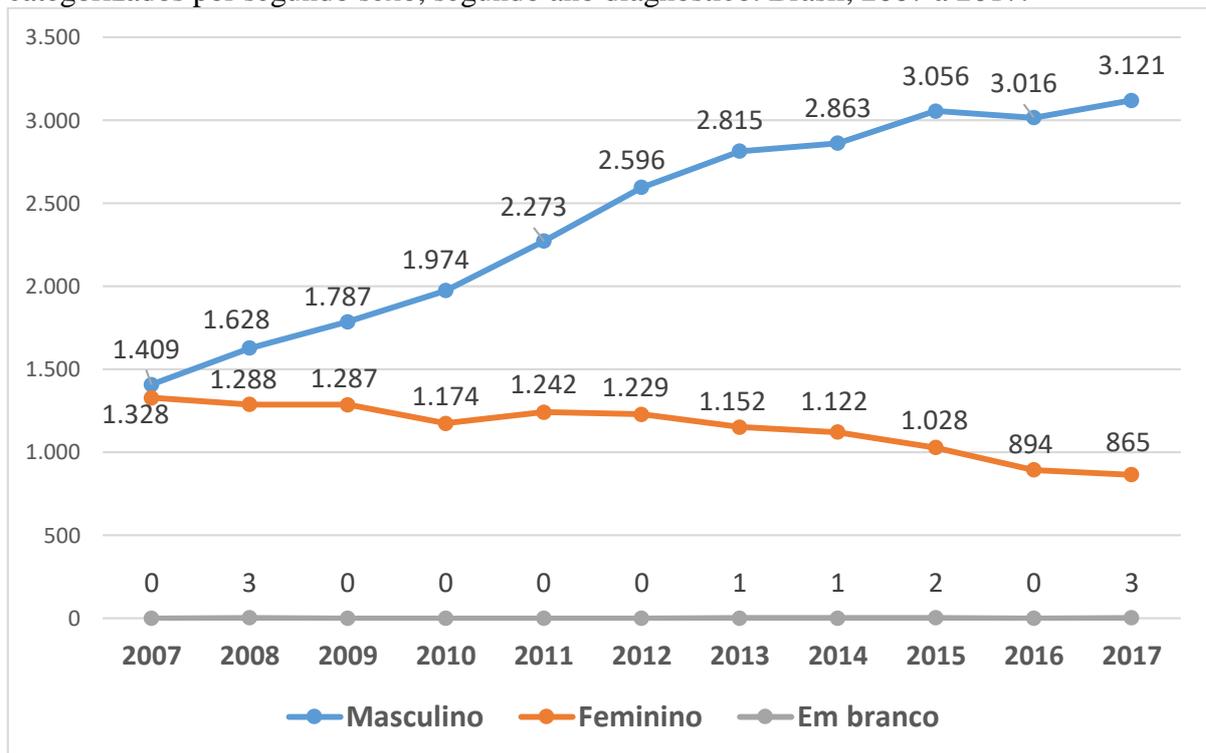
Gráfico 1- Distribuição do número de casos de aids entre adolescentes de 13 a 19 anos categorizados por sexo, segundo ano de diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017.



Fonte: (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2018a).

Quanto ao número de casos na faixa etária de 20 a 24 anos, do total de casos, 39.157 (79,71%) encontra-se nesse recorte etário, o que aponta uma alta prevalência da doença na população adulto jovem. Entre os homens, este agravo, é superior em todo o período, chegando a ser três vezes maior do que entre mulheres a partir de 2015, como se observa no gráfico 2 (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2018a).

Gráfico 2- Distribuição do número de casos de aids entre adultos jovens de 20 a 24 anos, categorizados por segundo sexo, segundo ano diagnóstico. Brasil, 2007 a 2017.

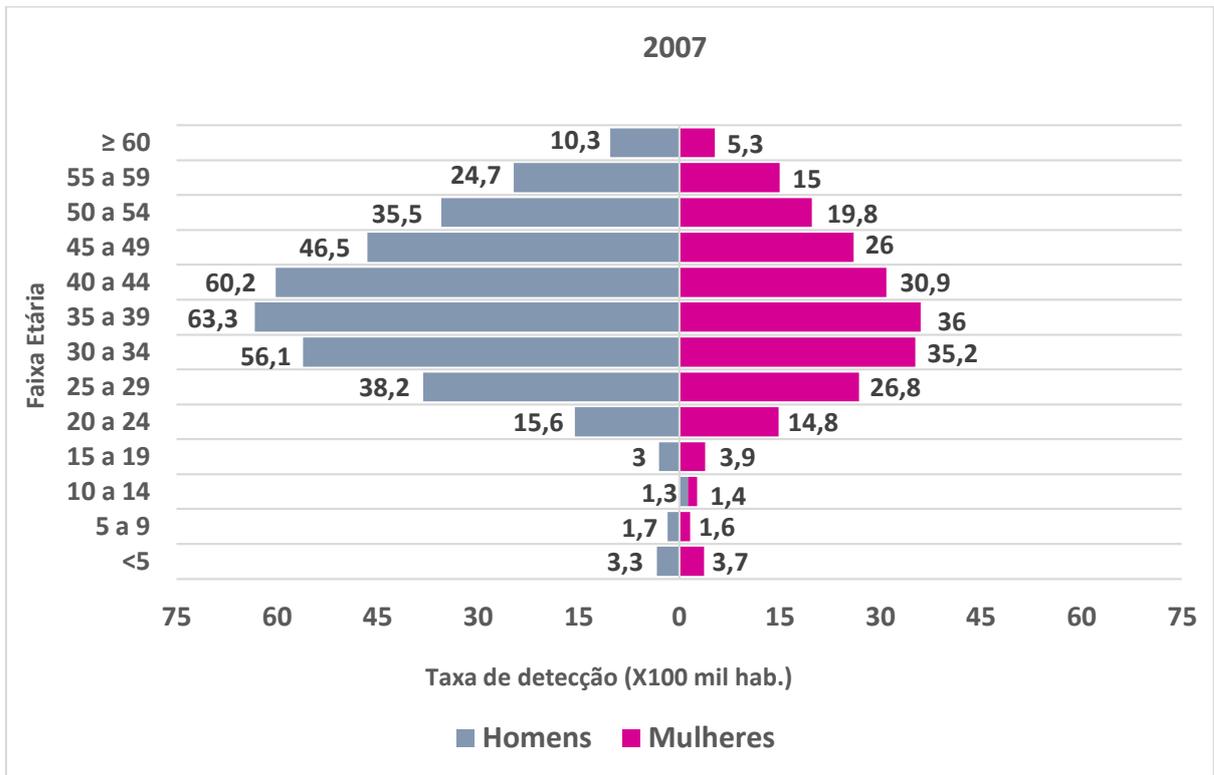


Fonte: (BRASIL, 2019b; BRASIL, 2018a).

De modo a comparar a taxa de detecção da doença em 2007 e 2017, conforme apresentado nos gráficos 3 e 4, é notório que houve reduções nas taxas de detecção entre os indivíduos menores de 15 anos de idade, em ambos os sexos. Nas faixas etárias compreendidas entre 15 a 29 anos, a taxa de detecção entre os homens aumentou, sendo bastante expressivo entre 20 a 24 anos, onde essa taxa de detecção duplicou. Entre as mulheres, a taxa de detecção apresentou queda em todas as faixas etárias, exceto entre mulheres acima de 60 anos de idade.

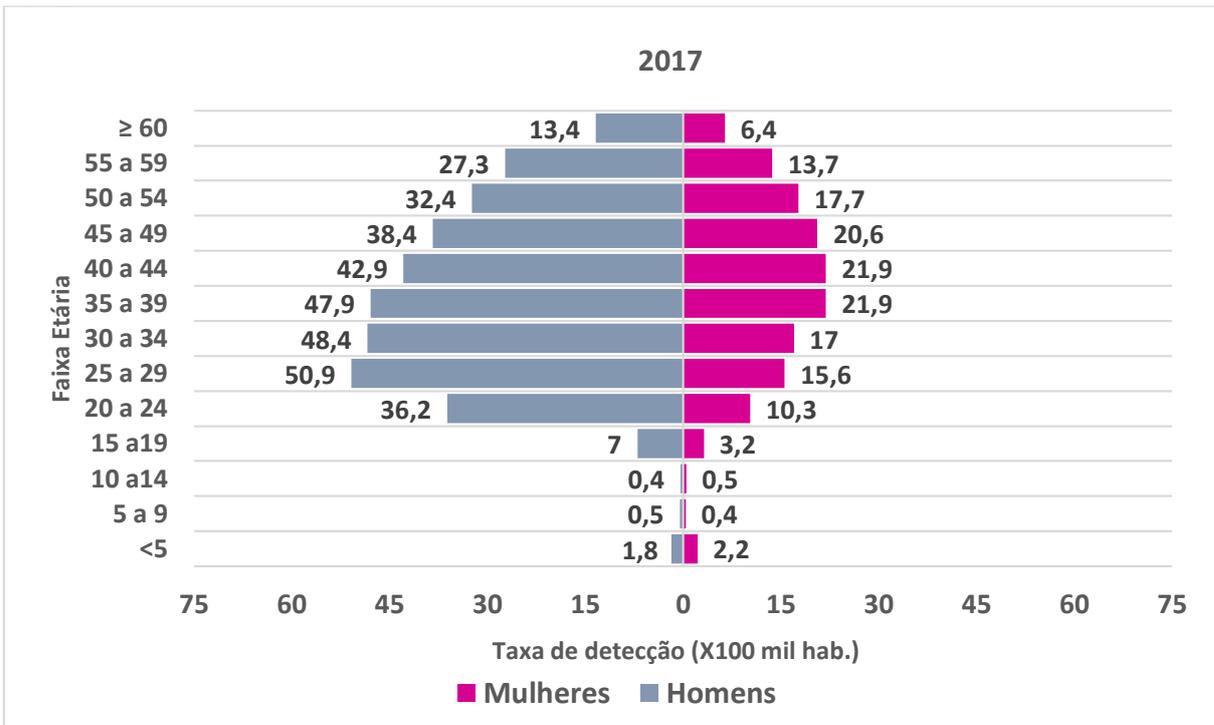
Em 2017, a taxa de detecção entre os homens é superior entre indivíduos acima de 15 anos, chegando a ser três vezes maior do que entre as mulheres, para as faixas etárias de 20 a 24 e de 25 a 29 anos.

Gráfico 3- Taxa de detecção de aids (x100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2007.



Fonte: (BRASIL, 2018a)

Gráfico 4- Taxa de detecção de aids (x100 mil habitantes) segundo faixa etária e sexo. Brasil, 2017.



Fonte: (BRASIL, 2018a)

Nesse grupo populacional, a distribuição proporcional dos casos de aids, identificados de 2007 até 2017, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Nordeste, correspondendo respectivamente 39,01% e 21,37% do total de casos (BRASIL, 2018a).

Algumas populações são mais afetadas que outras. Ao passo que se estima que, o risco de infecção por HIV é 22 vezes maior entre homens que fazem sexo com homens e entre pessoas que fazem uso de drogas injetáveis (UDI), 21 vezes maior entre profissionais do sexo e 12 vezes maior para transexuais (UNAIDS, 2018).

Avanços significativos tem sido alcançado mundialmente com a redução da cadeia de transmissão pelo vírus HIV e com a redução do número de mortes pela aids em 51% desde o pico ano em 2004. Tais avanços são atribuídos à ampliação do acesso a testagem rápida e terapia antirretroviral. Globalmente, 75% de pessoas que viviam com HIV no final de 2017, conheciam seu estado sorológico, 79% tinha acesso ao tratamento antirretroviral e 81% entre as pessoas com acesso ao tratamento apresentavam carga viral suprimida (UNAIDS, 2018).

Ao analisar as estatísticas dos casos de HIV/aids, pode-se verificar que o perfil epidemiológico da doença está se modificando nos últimos anos tanto em nível mundial quanto nacional. Com a disponibilização da terapia antirretroviral no Brasil, a partir de 1996, a história natural desse agravo vem sofrendo intensas modificações, com o aumento da sobrevivência dos pacientes em função da recomposição das funções do sistema imunológico e da redução das infecções oportunistas (IO) (PELLINI; CAVALIN; FRANCISCO, 2017).

3.3 Contextualização do uso da terapia antirretroviral na infecção pelo HIV/aids

Décadas depois do surgimento da epidemia, o tratamento para as pessoas vivendo com HIV/aids sofreu inúmeras mudanças. Os primeiros casos da doença, dada à ausência do tratamento, recebiam cuidados paliativos e adoção de medicamentos para o controle das infecções oportunistas. O acesso a medicamentos naquela época, era extremamente limitado aos serviços públicos de saúde e apenas aos pacientes hospitalizados. No ano de 1987, a *Food and Drug Administration* (FDA) aprovou o uso do primeiro antirretroviral, a Zidovudina (AZT), estando em 1988, disponível no mercado de medicamentos norte-americano, europeu e tornando-se acessível no Brasil, por meio de doação pelo laboratório Burroughs-Wellcome Co. Muitos pacientes compravam o AZT no exterior por preços altíssimos pois o quantitativo adquirido só dava para pequena parcela da população necessitada. Ainda no mesmo ano, a FDA

autoriza o uso de um novo antirretroviral, a didanosina (ddI), como alternativa ao tratamento do AZT (LAURINDO-TEODEORESCU; TEIXEIRA, 2015; GALVÃO, 2002).

Embora o Ministério da Saúde, em 1991, tenha iniciado a distribuição desses antirretrovirais supracitados, técnicos administrativos questionavam a política de fortalecimento de medicamentos, diante dos custos crescente para o tratamento da doença. Passados quatro anos de uso de terapia única, em 1995, o Brasil adota a terapia dupla baseado em um estudo apresentado na *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections*, e no ano seguinte, em 1996, o país recebe novas drogas, só que agora, da classe dos Inibidores de Protease (IP). O surgimento desses novos medicamentos representou um importante marco científico e tecnológico no contexto da epidemia. Ainda nesse ano, a sociedade civil organizada, juntamente com profissionais da saúde, e a imprensa nacional, um grande debate público ocorreu mediado por, Pedro Chequer, onde uniu ações judiciais movidas por pacientes, exigindo das autoridades federais, estaduais e municipais o fornecimento imediato e gratuito de todos os medicamentos necessários ao tratamento dos pacientes com aids (LAURINDO - TEODEORESCU; TEIXEIRA, 2015).

Acompanhando essa polêmica, o senador José Sarney, apresentou um projeto de lei ao Congresso Nacional, prevendo o fornecimento obrigatório do tratamento, pelas três esferas do governo. O projeto foi aprovado tornando-se Lei nº 9.313/96, promulgada então pelo presidente Fernando Henrique Cardoso. O acesso universal a esses medicamentos teve início no ano de 1997, ainda de modo irregular, sendo consolidada a partir de 1998, quando então, fez cobertura por todas as regiões do país (BRASIL, 2019a; LAURINDO-TEODEORESCU; TEIXEIRA, 2015).

No decorrer dessa longa trajetória, até os dias atuais, o Brasil, vem se destacando como um dos países modelo no tratamento e na atenção à aids. Ao longo das duas últimas décadas, a epidemia no mundo e, mais especificamente, no Brasil, tem apresentado transformações que lhe conferiram características distintas, novas combinações de drogas conhecidas como terapia antirretroviral, foram adotadas, com a finalidade de preservar a função imunológica, suprimir de forma sustentável a replicação viral, minimizar o surgimento de cepas virais resistentes; aumentar a sobrevida, reduzir a morbimortalidade e melhorar a qualidade de vida das PVHA. Diante destas repercussões, advindas da ampla utilização da TARV no país, resultou no reconhecido do impacto do programa brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis DST e Aids (BRASIL, 2006a). O prêmio de U\$ 1.000.000 foi dado, em 2003, pela fundação *Bill & Melina Gates* pelo trabalho do país (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

Nesse cenário, o Programa Nacional de DST/Aids (PN-DST/AIDS) do Ministério da Saúde e o Comitê Assessor em Terapia Antirretroviral em Adultos e Adolescentes buscaram, nos princípios da universalidade, equidade e da integralidade, fortalecer a resposta nacional à epidemia no âmbito do SUS e em consonância com esse paradigma, diversos protocolos foram elaborados e renovados, capazes de direcionar a prática profissional, baseado em evidências científicas, por instituir rotinas que atualizem o enfrentamento da epidemia, frente os desafios emergentes e contemporâneo (BRASIL, 2008).

Inicialmente o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo de Infecção pelo HIV (PCDT), só deveria ser iniciada considerando as devidas avaliações, clínica e laboratorial, determinando, dessa forma, o grau de imunodeficiência existente e o risco de progressão da doença. A TARV estava indicada para pacientes sintomáticos ou assintomáticos desde que apresentassem contagem de Linfócitos T- CD4+ abaixo de 200 células/mm³. Outros fatores, também, deveriam ser levados em consideração, tais como: motivação, capacidade de adesão, associação de outras comorbidades, bem como as características definidoras da doença, e a avaliação da evolução dos parâmetros imunológicos e virológicos (BRASIL, 2006a). Esse protocolo foi simplificado em 2003 e atualizado pela primeira vez em 2006.

Em 2008, novos embasamentos científicos apontaram a necessidade de atualização nas recomendações da indicação do início da terapia medicamentos, a onde no novo protocolo a recomendação era que, a TARV, deveria ser iniciada nos indivíduos assintomáticos com contagem de linfócitos T- CD4+ entre 200 e 350/mm³, para evitar as deteriorações clínica e imunológica, queda da contagem de linfócitos T-CD4+ superior a 25% nas semanas ou meses subsequentes. Em situações excepcionais em que não houvesse possibilidade de se realizar contagem de linfócitos T-CD4+, a introdução de terapêutica medicamentosa e de quimioprofilaxias para infecções oportunistas deveriam ser consideradas mesmo para pacientes assintomáticos, quando o total de linfócitos estivessem abaixo de 1.200/ mm³ no hemograma, especialmente se a dosagem de hemoglobina estiver abaixo de 13 g/dl., pois esses parâmetros denotam a grande probabilidade da contagem de linfócitos T-CD4+ estar abaixo de 200 células/mm³, uma vez que a contagem de linfócitos T-CD4+ corresponde aproximadamente a 20% dos linfócitos totais (BRASIL, 2008).

Ainda em 2008, o esquema preferencial de primeira linha de terapia antirretroviral era de dois Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN), zidovudina + lamivudina, associados a um Inibidor de Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo (ITRNN), efavirenz, ou a um Inibidor da Protease reforçado com ritonavir (IP/r), lopinavir/ritonavir (BRASIL, 2008).

Passados os anos, em 2013, o novo consenso, modifica a recomendação para início da TARV, orientando seu uso para todos os pacientes sintomáticos, independente da contagem de LT- CD4+, e quando a contagem de TCD4+ esteve-se abaixo de 500/mm³ ou na impossibilidade de se obter contagem de TCD4. Também indicava seu início nos casos de CD4 >500 células/mm³ nos casos de coinfeção pelo vírus HIV e hepatite B ou hepatite C, na presença de neoplasias não definidoras de aids com indicação de quimioprofilaxia ou radioterapia, na vigência da presença de doenças cardiovasculares e ou risco elevado (>20%) e carga viral acima de 100.000 cópias/ML (BRASIL, 2013a).

No final de 2013, uma nova atualização foi realizada, o esquema preferencial de primeira linha de terapia antirretroviral tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + efavirenz (EFZ), utilizada como monodrogas, dificultava sua ingestão. Assim, passou a ser fabricado associado, sendo conhecido como dose fixa combinada ou “3 em 1”, objetivando atender melhor às necessidades das PVHA bem como proporcionar melhor qualidade de vida e fortalecimento da adesão terapêutica. Essa distribuição ocorreu em 2015 de forma gradativa. Essa proposta teve como objetivo, fortalecer o sucesso terapêutico bem como melhorar a adesão a uso da terapia, causando impacto direto e positivo na ambiciosa meta: 90-90-90, a qual almejava que 90% das PVHA conhecessem seu diagnóstico; que 90% das pessoas que sabiam do seu estado sorológico positivo, recebessem a TARV; e que 90% das pessoas que estavam em uso da TARV, tivessem sua carga viral suprimida, mantendo-se saldáveis e reduzindo o seu risco de transmissão do vírus (BRASIL, 2013a).

Desde a última publicação do PCDT, em 2013, novas recomendações para aperfeiçoar o cuidado das PVHA surgiram, orientando, aprimorando e melhor organizando a rede de assistência em saúde às PVHA. Com a implementação em 2018, de um novo protocolo clínico e diretrizes terapêuticas, que se encontra em vigor até os dias atuais. Neste protocolo o uso da TARV deve ser iniciado imediatamente para todas as PVHA, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico. Desta forma, seu uso, deve ser iniciada quando a pessoa que vive com HIV estiver informada sobre seus benefícios e riscos, além de fortemente motivada e preparada para o tratamento, respeitando-se a autonomia do indivíduo (BRASIL, 2018b).

Uma nova proposta de tratamento de primeira linha vem sendo adotada no Brasil, desde fevereiro de 2017, o dolutegravir (DTG) associado ao tenofovir + lamivudina (dois em um), primeiramente oferecido aos pacientes que irão iniciar o uso da TARV e, também aos pacientes que apresentam resistência aos antirretrovirais mais antigos, em seguida, será ofertada gradativamente. O novo medicamento apresenta maior eficácia, por apresentar alta barreira genética, o que acarreta o menor aparecimento de vírus resistentes, maior adesão, decorrente

do uso em dose única diária, além de predispor a um nível baixo de eventos adversos ao longo do tratamento. Tais benefícios possibilita usos de esquema antirretrovirais mais seguros e duradouro, maior qualidade de vida aos pacientes ao longo dos anos e maior adesão ao tratamento (BRASIL, 2018b; BRASIL, 2017a; BRASIL, 2017b).

Comparada a outras doenças milenares de cunho estigmatizador, como a hanseníase e a tuberculose, o tratamento da aids, nesses 35 anos de epidemia, avançou aceleradamente, várias drogas foram utilizadas e substituídas, encontrando-se atualmente, esquemas terapêuticos, menos tóxicos e com posologia confortável, em esquemas que tornam possível apenas uma ou duas doses diárias. As seis classes disponíveis nos dias atuais são: Inibidores de Protease; Inibidores da Transcriptase Reversa análogos de Nucleosídeos e Nucleotídeos, Inibidor de Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo, Inibidor de Fusão ou entrada; Inibidor da Integrase, conforme apresentado na tabela 1 (BRASIL, 2013a).

Tabela 1- Agentes antirretrovirais agrupados de acordo com a classe terapêutica disponíveis no Brasil.

| <i>Classes dos antirretrovirais</i> | | | | | |
|---|--|---------------------|-------------------------|-------------------------------|--------------------------------|
| <i>Inibidores de Entrada</i> | <i>Inibidores de Transcriptase Reversa</i> | | | <i>Inibidores da Protease</i> | <i>Inibidores da Integrase</i> |
| | <i>Nucleosídeos</i> | <i>Nucleotídeos</i> | <i>Não Nucleosídeos</i> | | |
| Enfuvirtida (T20/inibidor de fusão) Maraviroque (MVC) Antagonista de CCR5 | Abacavir (ABC) | Tenofovir (TDF) | Nevirapina (NVP) | Atazanavir (ATV) | Raltegravir (RAL) |
| | Lamivudina (3TC) | | Efavirenz (EFZ) | Darunavir (DRV) | |
| | Didanosina (ddI) | | Etravirina (ETR) | Lopinavir (LPV) | |
| | Estavudina (d4T) | | | Ritonavir (RTV) | |
| | Zalcitabina (ddC) | | | Tipranavir (TPV) | |
| | Zidovudina (AZT) | | | Indinavir (IDV) | |
| | | | | Saquinavir (SQV) | |
| | | | Nelfinavir (NFV) | | |
| | | | Amprenvir (APV) | | |

Fonte: (BRASIL, 2013a).

Para melhor entender o local de atuação das classes dos antirretrovirais, a fim de inibir a replicação viral nas diferentes fases do ciclo do HIV, se faz necessário discorrer sobre seu ciclo de vida. Sendo assim, o ciclo da infecção pelo HIV se inicia pela penetração do vírus no hospedeiro, através das barreiras naturais pele e mucosas e a ligação das proteínas do envelope (complexo gp160), com receptores proteicos (CD4 e CCR5 ou CXCR4) presentes em células do sistema imune (linfócitos T CD4+ e macrófagos). Após entrada na célula, apresenta replicação intracelular que depende de uma enzima-chave, transcriptase reversa, que permite que o genoma viral, constituído por RNA, seja transcrito em DNA, com a finalidade de integrar o genoma da célula hospedeira. Uma vez integrado ao material genético da célula humana, o DNA pró-viral é transcrito e traduzido em proteínas virais, que na sua última análise, originará novas partículas virais infectantes, onde sua replicação viral caracteriza o estabelecimento de um parasitismo crônico e irreversível sobre populações celulares com papéis fundamentais na organização da resposta imune inata e adaptativa (LÁZARI; TEIXEIRA; NETO, 2011; SIMON; ABDOOL, 2006).

A figura 1, representa o ciclo de vida do principal vírus, HIV-1, responsável pela maior parte das infecções pelo vírus HIV.

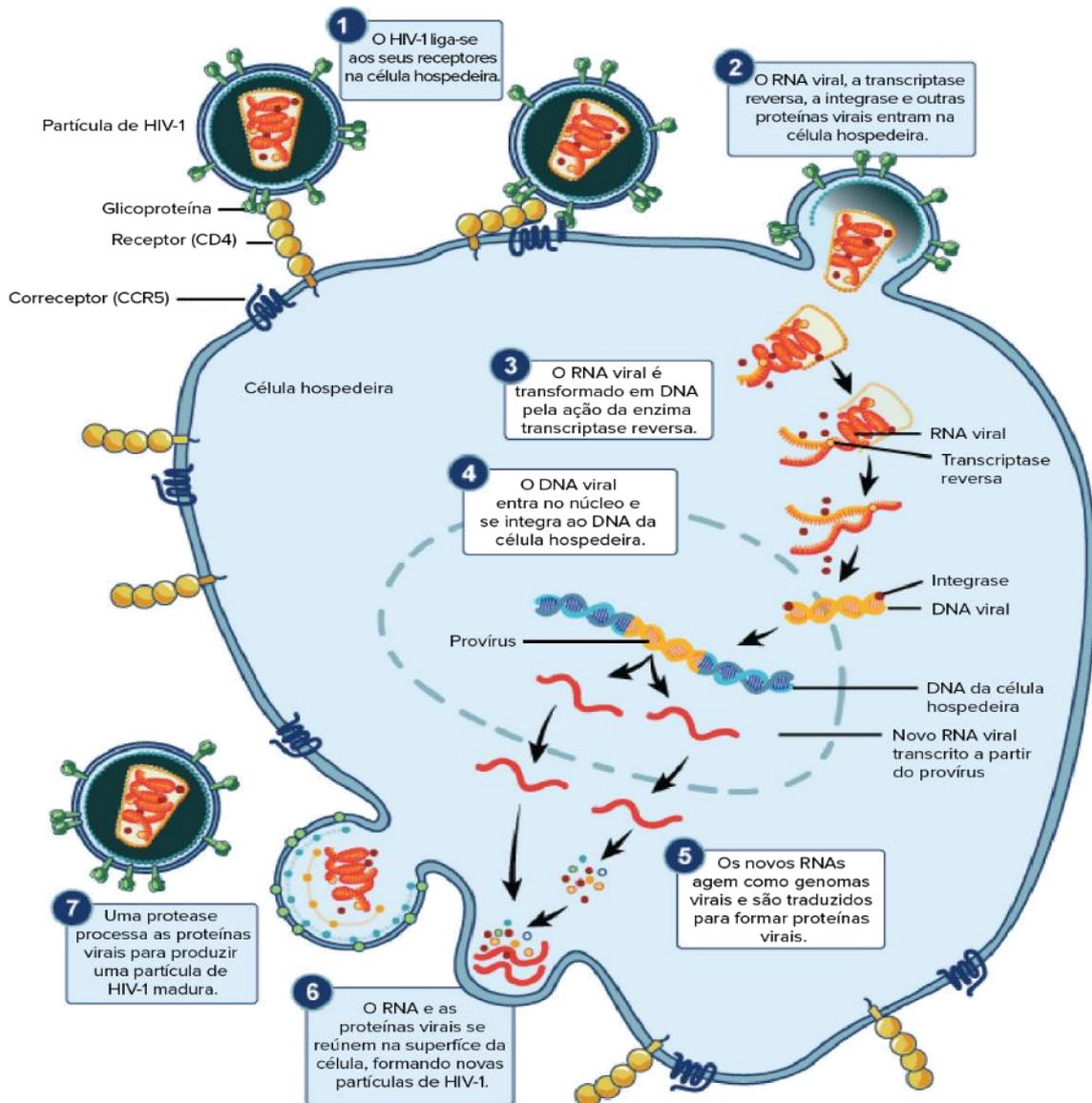


Figura 1- Ciclo de vida do vírus HIV-1

Fonte: Imagem modificada de "Prevention and treatment of viral infections: Figure 4" by OpenStax College, Biology (originally from NIAID, NIH), [CC BY 4.0](https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/).

De acordo com Brasil (2013a) o acesso universal a TARV e longa exposição, entender e conhecer a ação de cada classe de antirretrovirais, sua posologia, recomendação e indicação adequada se faz necessário. Com base na classe dos antirretrovirais, suas ações são resumidas da seguinte forma:

- Inibidores de Protease (IP): atuam na enzima protease, bloqueando sua ação (produção de proteína virais) impedindo a produção de novas cópias de células infectadas com HIV.
- Inibidores da Transcriptase Reversa análogos de Nucleosídeos e Nucleotídeos (ITRN): atua sobre a enzima transcriptase reversa, tornando defeituosa a cadeia de DNA que o vírus HIV cria dentro das células de defesa do organismo, impedindo que o vírus se reproduza.
- Inibidor de Transcriptase Reversa Não-análogo de Nucleosídeo (ITRNN): atua sobre a enzima transcriptase reversa, bloqueando diretamente sua ação (conversão do genoma RNA em DNA de dupla fita) e a multiplicação do vírus.
- Inibidor de Fusão/ Entrada: impede a entrada do vírus HIV nas células de defesa do organismo, bloqueando a fusão do envelope viral com a membrana plasmática da célula do hospedeiro.
- Inibidor da Integrase (INI): bloqueiam a atividade da enzima integrase, responsável pela inserção do DNA do HIV ao DNA humano. Assim, inibe a replicação do vírus e sua capacidade de infectar novas células.

Na tentativa de melhores resultados com a terapia medicamentosa ao combate do HIV é necessário utilizar pelo menos três antirretrovirais combinados, sendo dois medicamentos de classes diferentes, sendo dois ITRN/ ITRNt associados a uma outra classe de antirretrovirais (ITRNN, IP/r ou INI), que poderão ser combinados em um só comprimido, onde cada classe irá atuar em um sítio alvo diferente, a fim de melhor suprimir a replicação viral. O tratamento é complexo, necessita de acompanhamento médico para avaliar as adaptações do organismo ao tratamento, seus efeitos colaterais e as possíveis dificuldades em seguir corretamente as recomendações médicas, melhorando a adesão ao tratamento (BRASIL, 2018c).

Dessa maneira, o uso Terapia de Alta Potência (HAART) permitiu maior controle da doença, redução da mortalidade e morbidade, tornando-a tratável e crônica. Porém, o controle da replicação do HIV, por meio da terapia medicamentosa eficaz, traz consigo inúmeros repercussões, resultando em eventos adversos acumulados, possibilidade de resistência virológica e necessidade de acesso a novas classes antirretrovirais com esquemas mais complexos, sendo capazes de comprometer significativamente a qualidade de vida, o que torna necessário um acompanhamento integral dessa população (KEMPPAINEN, 2012; BRASIL, 2013a).

3.4 Adolescência e juventude no contexto da infecção pelo HIV/aids

Na realidade brasileira, a definição de adolescentes e jovens, estão emergindo em opiniões diferenciadas quanto às formas de situá-los nos marcos referenciais que os caracterizam. Para o Estatuto da Criança e do Adolescente a adolescência compreende um período da vida que vai dos 12 aos 18 anos (BRASIL, 1990). O Ministério da Saúde (MS) e a Organização Mundial da Saúde (OMS), demarca a segunda década de vida que compreende a faixa etária entre 10 e 19 anos como adolescência e a caracteriza como etapa da vida intermediária entre a infância e a vida adulta. Na mesma perspectiva, compreende que a juventude se estende dos 15 a 24 anos, podendo-se assim, encontrar adolescentes jovens de 15 a 19 anos e adultos jovens de 20 a 24 anos. Portanto, nessas definições há uma interseção entre a metade da adolescência e os primeiros anos da juventude, no entanto, o adulto jovem situa-se em uma categoria de análise sociológica, cujo recorte etário vai de 20 a 24 anos de idade (BRASIL, 2010).

A adolescência é uma etapa da vida de imensas transformações biopsicossocial e cognitiva, podendo ser entendida como um processo de ‘desconstrução’ e ‘reconstrução’ da identidade. Diante destas mudanças, a puberdade, principal componente da adolescência é marcada por mudanças fisiológicas e morfológicas. Tal período da vida constitui uma etapa intermediária do desenvolvimento humano, entre a infância e a fase adulta (BRASIL, 2018d; BRASIL, 2013b; BRÊTAS, 2011). A palavra adolescente, etimologicamente, deriva do vocábulo latino *Adolescer* e, significando ‘tornar-se adulto’, porém, isto não dá uma noção precisa do que realmente é a adolescência, tão pouco a juventude. Nesse sentido, a adolescência se confunde com a juventude, porém ela perpassa limites etários, sendo um momento de definição profissional e afetiva (BRASIL, 2013b).

Nesse contexto de grandes transformações, a adolescência se comporta com alterações comportamentais, na busca de se encontrar com a sua nova identidade, passando a ter separação progressiva dos pais, atitude social reivindicatória, crises religiosas, necessidade de intelectualizar e fantasiar, tendência grupal, evolução sexual, como também constantes flutuações do humor (BRASIL, 2013b).

Desta forma, o adolescente acaba por possuir o *status* de adulto sem a identidade para tal e por se encontrar em período de formação não associa os privilégios às responsabilidades. Diante desse panorama, a instabilidade emocional pode acabar por gerar conflitos como iniciação do uso de drogas lícitas e ilícitas, comportamento sexual de risco e acidentes, o que reforça a vulnerabilidade desse grupo populacional (ALMEIDA, 2007).

Isso posto, é importante frisar que, a sexualidade é um traço marcante na juventude, e nunca foi vivenciada de forma tão livre como atualmente. Entretanto, apesar da maior liberdade sexual, emergido em adversidade das experiências entre os jovens, faz com que, muitas vezes iniciem comportamentos sexuais de risco, negligenciando à prevenção contra as Infecções Sexualmente Transmissíveis (ISTs) (ALMEIDA *et al.*, 2007; BRASIL, 2007a; BRASIL, 2007b).

Nesse contexto, percebe-se que o jovem, que vivencia descobertas e buscas, moldar-se às transformações emocionais, corporais, sociais e sexuais de modo simultâneo, associado a conceitos equivocados, tabus e mitos, falta de orientação e, pouca ou nenhuma educação sexual vem contribuindo para o aumento da incidência das ISTs nesse segmento populacional, refletindo uma ausência de prática da prevenção (CAMILO *et al.*, 2009). Nesse prisma, é de suma importância explicar que a prática sexual faz parte dessa fase da vida, e que ela pode ser vivenciada e desejada sem culpas, mas com comunicação, informação e exercício do livre arbítrio (BRASIL, 2018d).

O HIV/aids assumiu, na saúde dos jovens, uma configuração impactante, pois seus índices de ocorrência neste público têm sido cada vez mais representativos. Vale ressaltar que, a população jovem *gay* apresenta uma vulnerabilidade ainda maior (BRASIL, 2013b).

Embora a fantasia da invulnerabilidade e indestrutibilidade vivida pelo adolescente e jovem, própria da fase, é uma realidade, e assimilar sua vivência com HIV/aids, torna-se algo imaginário, o que aumenta a vulnerabilidade. Atrelada a esta condição, depender de médicos, medicamentos, controles rigorosos de saúde estão na contramão de todo o esforço para a conquista da independência e da autonomia (BRASIL, 2006b).

Sendo assim, inserir o adolescente e o jovem ativamente no seu tratamento e confiar na sua capacidade de autocuidado é o primeiro passo para o estabelecimento de uma relação de confiança. A inquietação dos adolescente e jovens vivendo com HIV/aids é conseguir saber em quem pode confiar ou a quem deve revelar sua condição sorológica, decisão que envolve o medo da discriminação e da rejeição, especialmente nos contextos das relações afetivas (BRASIL, 2010; BRASIL, 2013b).

Estudos identificaram que os principais desafios vividos pelos jovens soropositivos englobam a árdua decisão em revelar sua soropositividade a terceiros, as relações interpessoais, a adesão a terapia medicamentosa e a condição em ter que viver com a doença crônica (PAIVA, 2011).

A terapia medicamentosa de adolescentes vivendo com HIV/aids deve ser muito bem planejada, levando em consideração as necessidades individuais nesse momento único do

desenvolvimento, bem como o manejo de todos que cuidam. A realização um plano terapêutico para os adolescentes que vivem com HIV requer considerações globais e reflexão sobre o contexto biopsicossocial da doença. Grande parte dessas características da adolescência torna a adesão ao tratamento um objetivo difícil de ser atingido. As barreiras à adesão dos adolescentes são múltiplas e variáveis ao longo dos anos. Alguns fatores foram apontados como barreira encontrada pelos adolescentes diante a adesão ao tratamento antirretroviral, sendo eles: regimes terapêuticos complexos; falta de suporte social; efeitos adversos do tratamento; falta de confiança nos profissionais de saúde; falta de compreensão sobre o tratamento; dificuldade em lidar com a natureza crônica da doença (BRASIL, 2006b).

Neste sentido, suporte à adesão é um processo dinâmico, contínuo, que ocorre ao longo do acompanhamento de pacientes vivendo com HIV/aids. O sucesso para uma melhor adesão deve ser entendido como uma parceria estabelecida entre o usuário, a equipe interdisciplinar, familiares e rede de apoio, na perspectiva de corresponsabilidade, buscando estratégias para o enfrentamento das dificuldades e garantia de qualidade de vida (BRASIL, 2018c).

Diante desta conjuntura, percebe-se que, o adolescente e jovem vivendo com HIV/aids trava batalhas cotidianamente, geradas pelos conflitos vivenciados, pela própria fase da vida, onde as condições de vulnerabilidade social a que estão expostos, somado a seu estado de desenvolvimento psicossocial, potencializados pelo medo do estigma, da discriminação e do preconceito associados ao HIV/aids, faz com que seja prioritário o desenvolvimento de ações de prevenção e apoio junto a este grupo (BRASIL, 2006b).

Trabalhar ações preventivas junto a esse grupo de pacientes, considerando suas especificidades e tornando-os ativos no processo, é indispensável para potencializar seus cuidados consigo e com o outro, promovendo, desta forma, a prevenção de sua reinfecção por outras ISTs, ou mesmo pelo HIV e da transmissão do vírus a seus parceiros sexuais como também o uso de drogas injetáveis (BRASIL, 2006a).

3.5 Qualidade de vida e sua relação com pessoas vivendo com HIV/aids

A crescente preocupação com aspectos relacionados à QV vem de um interesse na área da ciência humana e biológica no intuito de valorizar parâmetros mais abrangente que o controle de sintomas, a diminuição da morbimortalidade ou o aumento da expectativa de vida. Desse modo, qualidade de vida é abordada, por muitos pesquisadores, como sinônimo de saúde, já para outros autores, como um conceito mais abrangente, no qual as condições de saúde seriam um dos aspectos a serem considerados (FLECK, *et al.*, 1999).

Nesse sentido, é comum que, ao discorrer sobre qualidade de vida, venha a mente o conceito de saúde definido pela OMS (1946), onde diz que “saúde é um completo estado de bem-estar físico, mental e social e, não meramente a ausência de doença”. O estado de saúde não é algo estável onde o alcançando ocorra uma permanência. O próprio entendimento de saúde possui também alto grau de subjetividade e determinação histórica, na medida em que indivíduos e as sociedades consideram ter mais ou menos saúde dependendo do momento, do referencial e dos valores que atribuem a determinada situação (CATUNDA; FLEURY; LEMÉTAYER, 2016).

Mesmo antes da Era Cristã, o desenvolvimento histórico-cultural da humanidade traz referências às tentativas de se definir a qualidade de vida. Nota-se que a QV, desde épocas mais remotas, já era compreendida como resultado de percepções individuais, podendo ser alterada de acordo com as experiências vivenciadas do indivíduo em um dado momento (VIDO; FERNADES, 2007).

Devido à sua complexidade, a falta de consenso conceitual é marcante. A maneira como é abordada e os critérios adotados estão diretamente associados aos interesses políticos de cada área e científicos bem como das possibilidades de operacionalização e avaliação. Seild e Zanonn (2004) versam que, a qualidade de vida apresenta-se como uma temática de difícil compreensão, necessitando de delimitações que possibilitem sua operacionalização em estudos científicos.

Minayo, Hartz e Buzz (2000), na tentativa de investigar a qualidade de vida de forma mais plural, se distanciando do reducionismo biomédico, discorre a qualidade de vida como uma representação social criada a partir de indicadores subjetivos como bem-estar, amor, felicidade, prazer, realização pessoal e também concretos, cujas referências são a satisfação das necessidades básicas e das necessidades criadas pelo grau de desenvolvimento econômico e social de um grupo ou população.

Para Landeiro *et al.* (2011), as várias definições envolvem primordialmente os aspectos físicos (prazer, sono e repouso) e do meio ambiente (moradia, recreação e lazer, transporte); assim como, aspectos psicológicos e relacionais.

No início da década de 90, parece consolidar-se um consenso entre pesquisadores quanto a dois aspectos relevantes no conceito de QV: subjetividade e multidimensionalidade. No que concerne à subjetividade, trata-se de considerar a percepção do indivíduo sobre sua situação pessoal, seu estado de saúde e os aspectos não-médicos em cada uma das dimensões relacionadas à qualidade de vida. Estudiosos enfatizam, então, que QV só pode ser avaliada

pela própria pessoa. A multidimensionalidade refere-se ao consenso reconhecido que o construto é composto por diferentes dimensões (SEILD; ZANNON, 2004).

A verdade é que não existe uma definição consensual sobre QV, mas os estudiosos concordam que o termo é dinâmico, amplo, subjetivo e polissêmico (LANDEIRO *et al.*, 2011).

Nessa perspectiva, a OMS toma como base uma natureza multifatorial de QV, considerando seis domínios que objetivam demonstrar as diferentes dimensões do ser humano na determinação dos níveis de qualidade de vida de cada indivíduo. Domínios estes dimensionados em: saúde física, saúde psicológica, nível de independência, relações sociais, nível de independência, relações social, meio ambiente e padrão espiritual. Define qualidade de vida como sendo “ [...] a percepção do indivíduo de sua inserção na vida, no contexto da cultura e sistemas de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações” (*The WHOQOL Group*, 1995, p. 1405). Deixa implícito a ideia do conceito subjetivo, multidimensional e menciona elementos de avaliação tanto positivos (como mobilidade) como negativos (como dor) (PEDROSO, 2013; LANDEIRO *et al.*, 2011; FLECK, 1999). Também reflete a subjetividade do construto inserida no contexto cultural, social e do meio ambiente (FLECK, 2000).

Na área da saúde, a QV pode ser inserida em um conceito ainda que genérico, mais específico, estando associado aos aspectos patológicos, intervenções em saúde, no impacto de aspectos clínicos relacionados à saúde física, mental/emocional e social (FAYERS; MACHIN, 2000; SEILD; ZANNON, 2004). Desta forma, utiliza-se a expressão QV relacionada à saúde – QVRS (*Health Related Quality of Life – HRQOL*), que exprime a mensuração das consequências das doenças e das terapias, a partir da percepção de cada indivíduo/paciente, resultando em diferentes níveis de avaliação, não levando em consideração outros aspectos (ZIMPEL; FLECK, 2008).

Grau, Garcia Viniegras e Meléndez (2017), conclui, então, que QV e saúde têm uma dupla relação: a saúde é uma dimensão importante da QV e, por sua vez, parece ser resultado da QV.

Nesse contexto, discorrer sobre QV de pessoas vivendo com HIV/aids, torna alvo de inúmeras pesquisas, pois, com o aumento da sobrevida proporcionado pela terapia antirretroviral, seu alto custo e inúmeros efeitos colaterais relacionados à ausência da cura para a doença, as pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e estudiosos, passaram a ter preocupações não só com a capacidade do tratamento em aumentar seu tempo de vida, mas também com o impacto desta terapêutica na qualidade de vida dessas pessoas (LAURENTI, 2003).

Algumas pesquisas apontam que escores da QV percebida por pessoas portadoras de HIV/aids são mais baixos quando comparados aos de indivíduos sem a doença ou portadoras de outras doenças crônicas (CATUNDA, FLEURY E LEMÉTAYER, 2016).

Estudos demonstram uma correlação positiva entre a adesão ao tratamento e à qualidade de vida: pessoas com maior qualidade de vida apresentam maior tendência à adesão ao tratamento. A qualidade de vida e a adesão ao tratamento estão associadas à carga viral, ao estágio da doença e aos sintomas. Logo, a não adesão ao tratamento está associada a uma carga viral maior, que, por sua vez, está associada a escores de qualidade de vida mais baixos e menor tempo de sobrevivência (GEOCZE *et al.*, 2010).

Segundo a OMS, fatores associados a falha na adesão têm sido relatados por inúmeros estudos com pessoas com a infecção pelo HIV/aids. Influências negativas sobre a adesão foram descritas, como ansiedade, depressão, condições de moradia, estigma, vícios, negação à doença, esquecimento, ausência de compreensão dos benefícios do tratamento, sobretudo, à regimes complicados (complexidade posológica) e efeitos adversos (BRASIL, 2008).

Neste sentido, investigar o impacto do regime terapêutico sobre os escores da QV pode indicar medidas estratégicas na prática assistencial, em pesquisas, performance dos serviços de saúde, bem como direcionar a alocação de recursos financeiros.

3.6 Tomada de decisão em saúde

A tomada de decisão nada mais é do que escolher uma ação dentre várias possíveis buscando a resolução, mitigação ou prevenção de problemas. O processo de tomada de decisão é realizado de acordo com as especificidades da temática, das informações disponíveis possíveis de serem utilizadas, a qualidade e viés da formação profissional do indivíduo que irá tomar a decisão (MORAES; SOARES, 2016). Segundo Araújo (2017), tomar uma decisão não se resume apenas ao ato final de escolher entre várias alternativas, mas envolve um processo decisório, o qual é permeado de etapas que serão seguidas pelo tomador de decisão e que determinarão o curso de sua ação, fazendo-o alcançar um ou mais objetivos de forma eficiente.

A escolha do modelo consiste em uma das etapas mais importantes de qualquer investigação que precise uma modelação estatística, o modelo deve ser simples, mas deve conseguir descrever bem os dados observados. Manheim *et al.* (2016) apontam que o processo de apoio à decisão se inicia com a definição das questões a serem respondidas e dos resultados de interesse, que devem ser bem compreendidas no estágio inicial do processo, antes da escolha ou criação do modelo adequado. O próximo passo no processo de apoio à decisão é selecionar

ou desenvolver modelos ou aplicar técnicas apropriadas para abordar essas questões em estudo. Em seguida o processo deve comunicar os resultados, deixando claras as incertezas e as limitações dos resultados e, por fim, como etapa final, realizar e implementar as decisões.

Atualmente, a utilização desses modelos estatísticos na área da saúde vem crescendo e isso possibilita uma ótima ferramenta para esta finalidade, melhorando as escolhas que implicam diretamente na condição de saúde do indivíduo.

3.7 Modelo de Regressão Logística binária

A regressão logística binária é utilizada para rever a ocorrência de um desfecho de interesse e para a medida do efeito da razão da Odds Ratio (razão de chance), sendo uma técnica estatística que permite o ajuste de um conjunto de variáveis independentes a uma variável de resposta categórica, que busca explicar determinados fenômenos, quando a variável é de caráter binário (BARRETO, 2011; MENDES; VEGA, 2011). Para Fávero *et al.* (2009), é uma técnica que descreve o comportamento entre uma variável binária (dependente/desfecho/resposta) e variáveis (independentes/explicativas), que investigam o efeito de determinada variável pelas quais os indivíduos estão expostos e a probabilidade de ocorrência de um evento de interesse determinado.

O uso dessa análise, tem se constituído um dos principais métodos de modelagem de dados em virtude da facilidade de interpretação dos seus parâmetros (PAULA, 2010). Desta forma, a principal vantagem da regressão logística frente a outras técnicas (como por exemplo a análise discriminante) consiste na sua ampla aplicabilidade, que é favorecida pela flexibilidade de seus pressupostos.

O Modelo de Regressão Logística (MRL) está cada vez mais se constituindo em um dos principais métodos de modelagem estatística de dados em muitas áreas do conhecimento, dado ao avanço teórico científico, otimização do processamento computacional e desenvolvimento de pacotes estatísticos. Nas últimas décadas, os modelos de regressão apresentaram considerável aplicabilidade e desenvolvimento (BARRETO, 2011).

Os pressupostos necessários para que a implementação da regressão logística binária seja aplicada são: Relação linear entre o vetor das variáveis explicativas e o vetor da variável dependente; Valor esperado dos resíduos seja igual a zero; Ausência de autocorrelação; Ausência de correlação entre os resíduos e as variáveis explicativas; Ausência de multicolinearidade (FÁVERO, 2009).

No MRL binária a variável resposta assume os valores 0 ou 1, pois esse método só permite apenas dois níveis de resposta (“fracasso” ou “sucesso”), nesse estudo será “qualidade de vida ruim” (0) ou “qualidade de vida boa” (1).

Para definir essa relação, a regressão logística representa a relação entre a variável dependente e as variáveis independentes, através de uma curva logística, também denominada curva S (Figura 2). (LINDNER; PITOMBO, 2016).

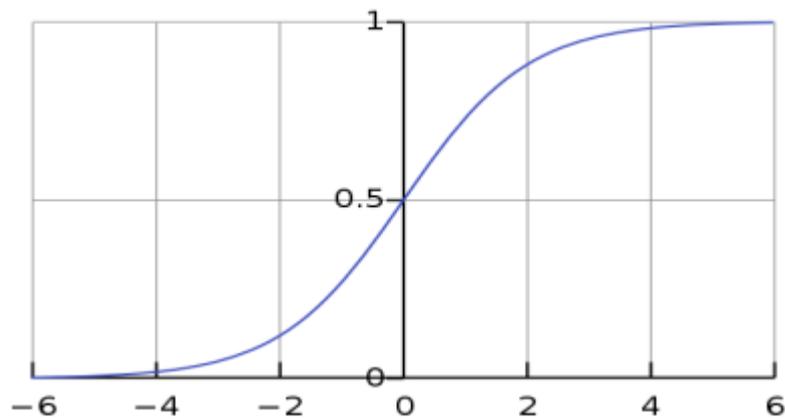


Figura 2: Forma da relação logística entre as variáveis

Para que um modelo seja considerado logístico, a função deve apresentar a seguinte equação:

$$f(Z) = \frac{1}{1+e^{-Z}}$$

De modo que a função $f(Z)$ pode ser entendida como a probabilidade de a variável dependente ser igual a 1, em virtude do comportamento das variáveis explicativas X_1, X_2, \dots, X_k . Em que:

$$Z = \ln\left(\frac{p}{1-p}\right) = \beta_0 + \beta_1 X_1 + \beta_2 X_2 + \dots + \beta_i X_i + \varepsilon$$

Em que:

$\ln\left(\frac{p}{1-p}\right)$: é o *logit*;

$\left(\frac{p}{1-p}\right)$: corresponde a chance (*odds*) de ocorrência do evento de interesse;

p : probabilidade de ocorrência de determinado evento de interesse;

$X_1; X_2; \dots; X_q$ Variáveis independentes;

$\beta_0; \beta_1; \beta_2; \dots ; \beta_q$ parâmetros a serem estimados pelo modelo logístico;
 ε : erro aleatório;

Isto posto, é possível definir que a probabilidade de ocorrer determinado evento de interesse é dada por:

$$P = \frac{odds}{1 + odds}$$

Em que substituindo:

$$f(Z) = \frac{1}{\exp[-(\beta_0 + \sum_{i=1}^q \beta_i X_i)]}$$

Dessa forma, considera-se que os parâmetros β_0 e β_i , em que $i = 1, \dots, q$, são desconhecidos, fazendo-se necessário estimá-los para que seja determinada a probabilidade de ocorrência do desfecho. Para que estes parâmetros sejam estimados, utiliza-se o método de verossimilhança, que busca maximizar a probabilidade de que o evento ocorra. Em outras palavras, estimar tais parâmetros é encontrar uma função logística de tal forma que as ponderações das variáveis explicativas sejam capazes de prever o impacto de cada variável independente na probabilidade da ocorrência do evento de interesse (FARIA, 2017).

A fim de avaliar a precisão das estimativas, se faz necessário realizar testes de ajuste e outras medidas que garantirão a adequação do modelo. Tais procedimentos permitem identificar as variáveis que não se ajustam ao modelo proposto ou que possuem forte influência sobre a estimação dos parâmetros (LUCENA, 2013).

Nessa perspectiva, para verificar o ajuste do modelo, um dos testes realizados é o de *Hosmer and Lemeshow*, o qual consiste na comparação entre os valores reais (observados) e os previstos (esperados) da variável dependente. Também associa os dados às suas probabilidades estimadas, para tanto é utilizado o teste qui-quadrado para constatar se as frequências observadas estão próximas das frequências esperadas. Um bom ajuste de modelo é indicado por um valor qui-quadrado não significativo, ou seja, a hipótese de que não existem diferenças entre os valores preditos e observados, não é rejeitada. Assim, busca-se, a determinado nível de significância, aceitar a hipótese nula de que não existem diferenças entre os valores preditos e observados. Caso haja diferenças entre as classificações preditas e as observadas, então o modelo não representa a realidade de forma satisfatória, ou seja, em tais circunstâncias o

modelo não seria capaz de produzir estimativas e classificações muito confiáveis (PAULA, 2010).

O primeiro teste para validar o modelo consiste no *Omnibus Test*, testa a hipótese nula de que todos os coeficientes são iguais a zero. Ao rejeitar a hipótese nula, aceita-se a hipótese alternativa de que ao menos um coeficiente é diferente de zero. Neste caso, aplica-se a modelo de regressão logística. A fim de identificar quais são os coeficientes nulos, todos os coeficientes são testados individualmente através do teste de *Wald* (RITTA, GORLA, HEIN, 2015).

A qualidade de ajuste geral do modelo, são avaliadas por algumas medidas, sendo elas: Pseudo R^2 , a medida R^2 de Cox e Snell e Nagelkerke. O coeficiente de determinação de Nagelkerke R^2 se remete ao poder explicativo do modelo de regressão com o objetivo de verificar o quanto as variáveis independentes explicam a variável Y, que varia entre 0 a 1, ou em percentual de 0% a 100%. Essas medidas refletem a variação explicada do desfecho pelo modelo logístico. Quanto maior o R^2 , melhor o ajuste do modelo. Desse modo, $R^2 = 1$ indica ajuste perfeito, o que é muito raro de acontecer. Se o Nagelkerke R^2 estiver perto de 0 significa que as variáveis independentes não são adequadas para explicar o comportamento da variável dependente Y (BARRETO, 2011). Em termos de proporção, elas evidenciam a proporção das variações ocorridas no logaritmo da razão de chance que é explicada pelas variações ocorridas nas variáveis explicativas do modelo de regressão (RITTA, GORLA, HEIN, 2015).

Por conseguinte, para analisar o valor preditivo do modelo, a matriz de classificação ou confusão, conforme mostra a tabela 2, avalia a taxa de acerto do modelo a partir do número de classificações corretas observadas na amostra *versus* as classificações previstas para cada classe pelo modelo. Com esta matriz, é possível obter o percentual de decisões corretas e incorretas do modelo, onde o número de acertos encontra-se na diagonal principal e os demais, que são erros de classificação, encontram-se na diagonal secundária, onde a condição ideal seria que estes últimos fossem iguais a zero (MEDEIROS, 2017).

Tabela 2: Matriz de classificação

| Valores observados | Preditos (valores estimados) | | |
|------------------------------|------------------------------|------------------------------|----------------------|
| | Ocorrência do evento (1) | Não ocorrência do evento (0) | Total |
| Ocorrência do evento (1) | <i>a</i> | <i>b</i> | <i>a + b</i> |
| Não Ocorrência do evento (0) | <i>c</i> | <i>d</i> | <i>c + d</i> |
| Total | <i>a + c</i> | <i>b + d</i> | <i>a + b + c + d</i> |

Mediante a matriz de classificação, pode-se calcular as medidas de desempenho do modelo que são (MEDEIROS, 2017; FÁVERO, 2009):

- ✓ Sensibilidade (porcentagem de classificação correta entre aquelas com o atributo):

$$S = \left(\frac{a}{a+b} \right) \times 100$$

- ✓ Especificidade (porcentagem de classificação correta entre aquelas sem o atributo) :

$$E = \left(\frac{d}{c+d} \right) \times 100$$

- ✓ Acurácia (percentual de acerto do modelo):

$$A = \left(\frac{a + d}{a + b + c + d} \right) \times 100$$

Dessa forma, é esperado que o modelo obtido tenha a maior taxa de acerto possível, isto é, que seja capaz de detectar se determinado desfecho está presente quando ele realmente está (verdadeiro positivo) e ausente quando realmente ele não está (verdadeiro negativo).

Outro importante conceito associado aos modelos de regressão logística é a *Odds Ratio* (OR), denominada como a Razão de Chances ou Razão de Risco. A chance é a probabilidade de que um evento ocorra dividido pela probabilidade de que ele não ocorra (BEZERRA, 2012). Pode ser calculado a partir da expressão abaixo para um modelo com apenas uma variável dependente: (HOSMER; LEMESHOW, 2002).

$$OR = \frac{\frac{\pi(1)}{1 - \pi(1)}}{\frac{\pi(0)}{1 - \pi(0)}}$$

em que, $\pi(1)$ é a probabilidade de sucesso e $\pi(0)$ probabilidade de fracasso.

É importante ressaltar que valores de OR maiores do que 1 indicam que a variável em questão é considerada um fator de risco para o desenvolvimento do desfecho. Antagonicamente, valores de OR menores do que 1 indicam que a variável em estudo representa um fator de proteção em relação ao desfecho.

A *Odds* tem seu cálculo disposto em uma tabela 2×2 , assim como apresentado na tabela 3, com variáveis binárias e a partir da tabela 1, é possível observar que a OR pode ser calculado com uma simples multiplicação e divisão cruzada e que seu valor será sempre um número positivo entre zero e o infinito (RAMIREZ, 2012).

Tabela 3: Dados gerais de uma tabela 2X2

| | | Variável 1 | |
|------------|-----|------------|-----|
| | | Sim | Não |
| Variável 2 | Sim | A | B |
| | Não | C | D |

$$OR = \frac{(AxD)}{(CxB)}$$

3.8 Modelo de classificação binária “*Weight of Evidence – WoE*” (Peso de evidência)

Para Lin (2013) o *Weight of Evidence* (WoE) e *Information Value* (VI), são duas medidas utilizadas para reduzir as variáveis independentes que tem pouca relação com a variável desfecho. Enquanto WoE analisa o poder preditivo de uma variável independente e suas categorias em relação a variável dependente, o VI avalia o poder de predição global da variável independente em função da variável resposta, podendo ser usada para comparar o poder preditivo dentre todas as variáveis independentes.

O WoE e o VI estão intimamente relacionados aos conceitos da teoria da informação, onde um dos objetivos é compreender a incerteza envolvida na previsão do resultado de uma variável aleatórios, que represente um evento de classificação binária (desfecho) com diferentes graus de conhecimento de outras variáveis independentes conhecidas e eleitas como as possíveis variáveis predictoras deste desfecho (HASTIE; TIBSHIRANI; FRIEDMAN, 2009). Portanto, essa é uma boa estrutura para triagem de variáveis para classificadores binários e análise exploratória para modelagem preditiva.

Algumas questões que se se pretende responder são: que informação possuem estas variáveis predictoras que possam contribuir na previsão do desfecho? Quais variáveis são mais explicativas em termos da variabilidade do desfecho dicotômico (Y), onde o peso da evidência (WoE) de uma variável X_i em uma variável desfecho $Y = 1$ dicotômica é dada por:

$$\log \frac{P(Y=1|X_j)}{P(Y=0|X_j)} = \underbrace{\log \frac{P(Y=1)}{P(Y=0)}}_{\log-odds} + \underbrace{\log \frac{P(X_j|Y=1)}{P(X_j|Y=0)}}_{WOE}, \quad (1)$$

onde $P(X_i|Y)$ denota a probabilidade X_i condicional quando X_i é variável aleatória discreta ou função de densidade $f(X_i | Y)$ caso X_i seja uma variável aleatória contínua. O lado esquerdo da equação (1) representa a transformação *logit* em $P(Y = 1|X_i)$ e as duas parcelas de seu lado direito são respectivamente o log da *odds* somado com o log da razão de densidade e a esta

parcela é conhecida com Peso da Evidência (LARSEN, 2016, HASTIE; TIBSHIRANI; FRIEDMAN, 2009).

Observe que o peso da evidência e as chances de log condicional de $Y = 1$ estão perfeitamente correlacionadas, pois a "interceptação" é constante. Portanto, quanto maior o valor de WoE, maior a chance de observar $Y = 1$. De fato, quando o WoE é positivo, a chance de observar $Y = 1$ está acima da média (para a amostra) e vice-versa quando o WoE é negativo. Quando WoE é igual a 0, as probabilidades são simplesmente iguais à média da amostra (LARSEN, 2016; HASTIE; TIBSHIRANI; FRIEDMAN, 2009).

De modo geral, o peso da evidência de um conjunto de variáveis explicativas que têm a finalidade de explicar a ocorrência de um desfecho caracterizado por uma variável dicotômica Y é dado em função de um modelo estatístico, e o ajuste do modelo fornece uma medida chamada de valor de informação (VI), que permite evidenciar a força de cada variável explicativa para explicar o desfecho.

Conforme Siddiqi (2012), os valores de classificação deste valor indicam o seguinte:

- ✓ Se $VI < 0,02$: não preditivo;
- ✓ Se $0,02 \leq VI < 0,1$: fraca;
- ✓ Se $0,1 \leq VI < 0,3$: média (ou forte);
- ✓ Se $VI \geq 0,3$: muito forte (suspeita).

Mays e Lynas (2011) exprime que se uma variável possui uma relação baixa/fraca com a variável desfecho, ela pode ser retirada. Lin (2013) reforça que a redução de variáveis é um passo crucial para acelerar a construção do modelo sem que haja perda do potencial preditivo dos dados.

4 MATERIAL E MÉTODO

4.1 Tipo de estudo

Esta pesquisa é um estudo observacional, analítico, descritivo, de corte transversal e natureza quantitativa. Os estudos analíticos são aqueles delineados para examinar a existência da associação entre uma exposição e uma condição relacionada à saúde ou à doença. A análise descritiva tem como objetivo determinar a distribuição de doenças ou condições relacionadas à saúde, de acordo com o tempo, o lugar e/ou as características dos indivíduos. Quanto ao delineamento do estudo, os transversais, são utilizados para estimar a frequência com que um determinado evento de saúde se manifesta em uma população alvo, associado aos fatores causais. Nesse sentido pode-se dizer que, os estudos transversais são indicados para investigar, “causa” e “efeito” de modo simultâneo, determinando a ausência ou presença da doença e a exposição de cada indivíduo em estudo. Logo, exhibe um corte instantâneo no tempo, para estudar o sujeito. Já a abordagem quantitativa traduz em números as informações para serem classificadas e analisadas, utilizando-se técnicas estatísticas. (VIEIRA; HOSSNE, 2015).

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado em um hospital de referência para doenças infectocontagiosas, Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga, localizado no município de João Pessoa–PB. O referido hospital possui 156 leitos, sendo 50 leitos de internação destinados ao atendimento as pessoas vivendo com HIV/aids, 16 leitos de internação destinados ao atendimento das diversas doenças infecciosas e parasitárias, seis leitos de terapia intensiva e 72 leitos de internação destinados ao atendimento de doenças infecciosas específicas: tuberculose e hanseníase. Na área ambulatorial, o hospital conta com oito leitos de atendimento no hospital dia (HD), quatro leitos de atendimento para administração de imunoglobulinas e a Assistência Domiciliar Terapêutica (ADT) que tem como objetivo promover a melhoria da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids.

O referido serviço também é referência ao atendimento de pessoas com outras infecções sexualmente transmissíveis, acidente ocupacional com exposição material biológico, atendimento ginecológico para profissionais do sexo e em 2013 inaugurou o ambulatório de travestis e transexuais (TT), sendo este um espaço específico para o atendimento a esta

população oriunda dos 223 municípios paraibanos e mais dois Estados da região Nordeste: Pernambuco e Rio Grande do Norte.

O hospital oferece atendimento clínico e ambulatorial para essas pessoas e possui equipe multidisciplinar composta por médicos, enfermeiros, odontólogos, nutricionistas, psicólogos, assistentes sociais, fisioterapeutas, entre outros.

Para caracterização do serviço, as distribuições das notificações de HIV/aids em adolescentes e jovens entre 13 a 24 anos, no período de 2008 a junho de 2018, o setor de vigilância epidemiológica do referido hospital, notificou 672 casos, dos quais 181 casos, foram registrados no período de janeiro de 2017 a junho de 2018.

4.3 População e amostra

A população foi constituída por adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, sendo acompanhados ambulatoriamente no hospital selecionado para o estudo.

Durante o mês de fevereiro de 2019, deu-se início ao levantamento dos registros de adolescentes e jovens cadastrados no hospital de referência em atendimento a pessoas vivendo com HIV/aids, a fim de nortear o tamanho da amostra, considerou-se o número de adolescentes e jovens cadastrados no Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM) em fevereiro de 2019, com cadastro ativo para receber medicação antirretroviral, perfazendo um total de 284 adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids. Deste total cadastrado, 40 estavam em atraso de dispensação de antirretroviral (ARV) por um período superior a 100 dias, ou seja, não recebiam por provável afastamento ou abandono no serviço. Assim, estavam recebendo de forma efetiva e regular a medicação 244 indivíduos, sendo esta a população acessível.

O planejamento amostral decorre do conhecimento estatístico do estudo e do conhecimento amplo acerca do problema a ser investigado para o dimensionamento numérico e a técnica de amostragem a ser utilizada, a fim de se agregar significância estatística. Portanto para determinação do cálculo amostral probabilístico, considerou-se o modelo de regressão logística com uma margem de erro de 5,0%, potência de 80%, *odds ratio* (razão de chance) de 2,0 e nível de confiança de 95%. Utilizou-se o software G-Power que com estas condições determinou que o tamanho da amostra é de $n=64$.

Para assegurar o número mínimo da amostra, no processo de amostragem, foi acrescentado 25% (16) no número de pacientes entrevistados, devido possíveis perdas, considerando desta forma uma amostra final de 80 participantes ($n = 80$).

O estudo apresentou algumas perdas amostrais uma vez que dos 80 adolescentes e adultos jovens aptos e recrutados a integrar a pesquisa, quatro foram excluídos da pesquisa por inconsistência e falha no preenchimento do instrumento de avaliação de qualidade de vida. Sendo assim, a casuística final deste estudo totalizou em 76 pacientes.

Os motivos atrelados à dificuldade de acesso aos pacientes foram: abandono ao tratamento, retirada de medicamentos por familiares ou encarregados, uma vez que a prescrição medicamentosa tem validade de seis meses, indisponibilidade de horário para comparecer aos agendamentos, recusa em participar do estudo, irregularidades relacionadas à periodicidade na retirada dos medicamentos e busca ao serviço quando em condição de saúde afetada por infecção oportunista (IO) junto ao hospital dia.

4.4 Critérios de inclusão e exclusão

Foram considerados os critérios de seleção pré-estabelecidos, a saber: (1) critérios de inclusão: pacientes adolescentes, com faixa etária entre 13 a 19 anos, e adultos jovens com faixa etária entre 20 a 24 anos, vivendo com HIV/aids; serem alfabetizados e capazes cognitivamente de ler e responder aos instrumentos de coleta de dados utilizados, estar em uso de terapia antirretroviral há pelo menos três meses, estar sendo acompanhado regularmente no serviço. (2) critérios de exclusão: que apresentem algum déficit cognitivo e que desconheça seu estado sorológico, por tratar-se de uma população que está inserida em outro contexto, devido as suas particularidades.

4.5 Instrumentos para coleta de dados

Foram utilizados três instrumentos para coleta de dados: um questionário (Apêndice A) contendo variáveis sociodemográficas, variáveis relacionadas à vida afetiva-sexual e à situação clínica frente ao HIV/aids; um questionário genérico de medida da qualidade de vida – WHOQOL-HIV- *Bref* (Anexo A) e questionário de avaliação da adesão a terapia antirretroviral – CEAT-HIV (*versão-online*) (Anexo B).

4.5.1 Instrumento para caracterização sociodemográfico, afetivo-sexual e aspectos clínicos frente ao HIV/aids

Esse instrumento foi elaborado e avaliado quanto ao seu poder de resposta frente a variáveis explicativas abordando aspectos sociodemográficos, da vida afetiva-sexual e clínicos relacionados à infecção pelo HIV/aids (Apêndice A).

4.5.2 Instrumento de avaliação da qualidade de vida- WHOQOL HIV- *Bref*

A constatação de que não havia nenhum instrumento que avaliasse qualidade de vida dentro de uma perspectiva transcultural motivou a Organização Mundial da Saúde por meio do WHOQOL GROUP a desenvolver um instrumento com estas características, sendo sua versão genérica desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade do Rio Grande do Sul, em Porto Alegre. Este instrumento de mensuração de QV, WHOQOL- HIV, é derivado do WHOQOL 100, que mede qualidade de vida em geral. Em sua versão final, foi publicado por Fleck (2000) os resultados da validação no Brasil.

Com o objetivo de criar um instrumento de avaliação da QV direcionado para pessoas vivendo com HIV/aids, pesquisadores da *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS* (UNAIDS) e do grupo de Qualidade de Vida da OMS realizaram estudos em portadores do HIV em nove diferentes países. O resultado desse estudo foi o instrumento WHOQOL-HIV, um módulo adicional específico para PVHA. O instrumento WHOQOL- HIV- *Bref* (Anexo A) foi traduzido e validado para o português por Zimpel e Fleck em 2007 (ZIMPEL E FLECK, 2007).

A escolha do WHOQOL-HIV-*Bref* como instrumento de avaliação da QV no presente estudo se justifica pelo fato deste ser um instrumento de mensuração amplamente utilizado em diversos países há um certo tempo, e possuir um bom desempenho psicométrico e alta confiabilidade com excelente consistência interna para as facetas e domínios, sendo recomendado para estudos brasileiros com PVHA (ZIMPEL; FLECK, 2007; WHOQOL HIV GROUP, 2004). Desta forma, esse instrumento tem proporcionado grande avanço para a saúde a nível mundial, considerando-se que ao conhecer a qualidade de vida, pode-se elaborar um tratamento humanizado e holístico para o indivíduo.

O WHOQOL-HIV avalia a QV a partir de seis domínios e vinte e nove facetas. Os domínios e facetas são os mesmos do WHOQOL-100, com o acréscimo de cinco facetas específicas para portadores do HIV. As facetas adicionais do WHOQOL-HIV são: Sintomas de PVHA: problemas físicos que PVHA podem vir a apresentar; inclusão social: aceitação do

indivíduo pela sociedade em que está inserido; perdão e culpa: sentimento de culpa que o indivíduo possui a respeito da sua infecção pelo HIV; preocupações sobre o futuro: medo e preocupações sobre as mudanças no curso da vida do indivíduo após a infecção pelo HIV; morte e morrer: preocupações com a morte, tal qual o local, o motivo e o sofrimento antes de morrer (O'CONNELL *et al.*, 2004).

O WHOQOL-HIV-*Bref* possui suas 31 questões, ou facetas, distribuídas entre 1 componente de percepção global e 6 domínios de avaliação da qualidade de vida: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; meio ambiente; e espiritualidade, religião e crenças pessoais.

As questões do WHOQOL-HIV-*Bref* são apresentadas de acordo com as facetas que compõe cada domínio, conforme mostra no quadro 1.

Quadro 1: Questões do WHOQOL-HIV-*Bref* de acordo com o domínio.

| DOMÍNIO | FACETAS | QUESTÕES |
|--|---------|--|
| Domínio 1 Físico | F3 | Em que medida você acha que a sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa? |
| | F4 | Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? |
| | F14 | Quão satisfeito (a) você está com o seu sono? |
| | F21 | O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV? |
| Domínio 2 Psicológico | F6 | O quanto você aproveita a vida? |
| | F11 | O quanto você consegue se concentrar? |
| | F15 | Você é capaz de aceitar sua aparência física? |
| | F24 | Quão satisfeito (a) você está consigo mesmo? |
| | F31 | Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? |
| Domínio 3 Nível de independência | F5 | O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária? |
| | F20 | Quão bem você é capaz de se locomover? |
| | F22 | Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? |
| | F23 | Quão satisfeito (a) você está com sua capacidade para o trabalho? |
| Domínio 4 Relações sociais | F17 | Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece? |
| | F25 | Quão satisfeito (a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)? |
| | F26 | Quão satisfeito (a) você está com sua vida sexual? |
| | F27 | Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe dos seus amigos? |
| Domínio 5 Meio ambiente | F12 | Quão seguro (a) você se sente em sua vida diária? |
| | F13 | Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? |

| | | |
|--|-----|---|
| | F16 | Você tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades? |
| | F18 | Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? |
| | F19 | Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? |
| | F28 | Quão satisfeito (a) você está com as condições do local onde mora? |
| | F29 | Quão satisfeito (a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? |
| | F30 | Quão satisfeito (a) você está com o seu meio de transporte? |
| Domínio 6 Espiritualidade, religião, crenças pessoais | F7 | Em que medida você acha que a sua vida tem sentido? |
| | F8 | Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV? |
| | F9 | O quanto você tem medo do futuro? |
| | F10 | O quanto você se preocupa com a morte? |
| Qualidade de vida global e percepção geral da saúde | F1 | Como você avaliaria sua qualidade de vida? |
| | F2 | Quão satisfeito você está com a sua saúde? |

*F= Faceta

Fonte: (ZIMPEL; FLECK, 2007).

As questões são formuladas para respostas em escalas tipo Likert, de 5 pontos, na qual 1 indica as percepções negativas baixas e 5 indica percepções altas e positivas, incluindo intensidade (“nada” a “extremamente”), capacidade (“nada” a “completamente”), frequência (“nunca” a “sempre”) e avaliação (“muito insatisfeito” a “muito satisfeito”; “muito ruim” a “muito bom”).

Com base nas questões que compreendem cada domínio, as facetas de cada um são resumidas nos seguintes aspectos: domínio 1 – Físico (dor e desconforto; energia e fadiga; sono e repouso; sintomas das PVHA); domínio 2 – Psicológico (sentimentos positivos; pensar, aprender, memória e concentração; imagem corporal e aparência; autoestima; sentimentos negativos); domínio 3 – Nível de Independência (mobilidade; atividade de vida cotidiana; dependência de medicação ou tratamento; aptidão ao trabalho); domínio 4 – Relações sociais (relações pessoais; atividade sexual; suporte (apoio) social; inclusão social); domínio 5 – Meio ambiente (segurança física e proteção; ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima); recursos financeiros; oportunidade de adquirir novas informações e habilidades; participação em oportunidades de recreação/lazer; ambiente no lar; cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; transporte); domínio 6 – Espiritualidade/Religião/Crenças pessoais

(espiritualidade; religião crenças pessoais; perdão e culpa; preocupações com o futuro e morte e morrer).

Os escores dos domínios e facetas são escalados em uma direção positiva, nos quais as pontuações mais altas denotam maior QV. Algumas facetas: dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicamentos e morte e morrer) não são escalados em uma direção positiva, e para que as pontuações destas facetas não denotem maior QV, elas precisam ser recodificadas durante a análise dos dados, o que é previsto na sintaxe desenvolvida pela OMS utilizada para calcular cada domínio do WHOQOL-HIV-*Bref*.

A sintaxe é disponibilizada pelo Grupo de Pesquisa que representa a OMS no Brasil e foi utilizada para avaliar a QV das PVHA participantes do estudo. O cálculo global de cada domínio do instrumento de QV, inicialmente é expresso numa escala que varia entre 4 e 20, posteriormente as médias de cada domínio são transformadas para uma escala de 0 a 100 a partir da fórmula sugerida pela OMS: Cálculo do Domínio com escore transformado = $(\text{Domínio} - 4) * (100/16)$.

O questionário WHOQOL-HIV-*Bref*, como instrumento de avaliação da QV, por ser utilizado em diversos países, apresentar um bom desempenho psicométrico e alta confiabilidade com excelente consistência interna para as facetas e domínios e também por ser recomendado para estudos brasileiros com PVHA como instrumento de avaliação da QV, justifica a escolha para o presente estudo (ZIMPEL; FLECK, 2008; WHOQOL HIV GROUP, 2004).

4.5.3 Instrumento de avaliação da adesão à terapia antirretroviral – CEAT-HIV

O CEAT-HIV é um instrumento utilizado para avaliar a adesão à TARV das PVHA, desenvolvido na Espanha, entre 1999 e 2001, há 18 anos, sendo validado para versão brasileira por Remor, Milner-Moskovics e Preussler em 2007. Atualmente este instrumento está disponibilizado nos idiomas inglês, português (Brasil e Portugal), romeno e espanhol (Espanha e América Latina). Remor (2013a), publica uma revisão sistemática objetivando avaliar as propriedades psicométricas do CEAT-HIV, e considera ser uma ferramenta confiável e válida em diferentes populações com diferentes características sociodemográficas.

A fim de avaliar a adesão a TARV, foi utilizada a versão brasileira do instrumento, “*Cuestionario para la Evaluacion de la Adhesion al Tratamiento-VHI (CEAT-HIV)*”, que consiste em uma ferramenta de avaliação psicometricamente robusta e cientificamente validado, disponível em sua versão *online*, para auto avaliação da adesão ao tratamento de PVHA, em tratamento antirretroviral (REMOR, 2013b). Esse instrumento é respondido em 5

(cinco) passos, onde, ao finalizar se obtêm um perfil que reflete o nível de adesão global ao tratamento e informações sobre os indicadores que explicam seu comportamento de adesão, conforme apresentado no quadro 2.

Quadro 2: Significado das dimensões da escala, segundo o CEAT-HIV

| PERFIL | SIGNIFICADO |
|---|---|
| Cumprimento | Indica a medida em que o comportamento da pessoa reflete uma ingestão rigorosa da medicação. |
| Antecedentes da falta de adesão | Indica até que ponto os antecedentes pessoais ou situacionais contribuem para a não adesão ao tratamento. |
| Comunicação médico-paciente | Indica a avaliação da qualidade da relação médico-paciente como um elemento motivacional para a adesão ao tratamento. |
| Crenças e expectativas sobre o tratamento | Indica o grau em que as crenças e as expectativas afetam o comportamento de adesão ao tratamento. |
| Satisfação com o tratamento | Indica o grau de satisfação da pessoa com os resultados do tratamento. |
| Índice de adesão global | Indica o grau de aderência ao tratamento antirretroviral. |

Fonte: (REMOR, 2013b).

Com o propósito de testar a confiabilidade da consistência interna do questionário, 13 de 16 estudos relataram um valor de alfa de *Cronbach* acima de 0,70, o que denota uma medida valiosa para usar na pesquisa de adesão ao HIV especialmente em países onde o questionário já possui evidências psicométricas disponíveis. Estudos prévios confirmaram as propriedades psicométricas para uma ampla gama de populações em diferentes países: Brasil (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007), Colômbia (VILLA; VINACCIA, 2006), Peru e México (REMOR, 2007), Espanha e Portugal (REMOR, 2002, 2007) e mais recentemente Romênia.

O CEAT é constituído por 17 perguntas que contemplam as cinco dimensões destacadas no quadro 2. A pontuação total do instrumento é obtida pela soma total de todos os itens. A pontuação mínima possível é 17 e a máxima é 85. Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão a terapia antirretroviral.

Segundo a análise proposta por Remor (2013b), foi estabelecido percentis (PC) para pontuação global do questionário da amostra, indicando uma pontuação bruta correspondendo aos percentis onde:

PC \geq 85 : Indica adesão adequada/estrita

PC < 85: indica adesão insuficiente;

Nesse estudo, o valor mínimo obtido foi igual a 40 e o valor máximo obtido foi de 81.

A escolha desta escala deu-se ao fato de ser um instrumento de caráter multidimensional que engloba aspectos importantes para uma investigação de fatores que possam estar influenciando na adesão ao tratamento, como qualidade da relação médico-paciente como um elemento motivacional para a adesão ao tratamento, antecedentes de não-adesão, intensidade dos efeitos colaterais, grau de satisfação da pessoa com os resultados do tratamento, entre outros.

4.6 Coleta de dados

4.6.1 Estudo piloto

Com o objetivo de testar a compreensão do questionário pelos adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, corrigir e adequar possíveis falhas quanto as sequencias e compreensão das questões, padronizar o instrumento para coleta dos dados envolvendo os aspectos sociodemográficos e clínico, foi realizado um estudo piloto com 10 jovens acompanhados no ambulatório do referido hospital, no período de 01 a 05 de fevereiro de 2019.

Os participantes não demonstraram dificuldades ao responder os questionamentos realizados, não obstante o questionário foi aplicado pela pesquisadora e uma colaboradora da pesquisa, profissional da saúde com experiência na área do estudo.

O período em que se realizou a coleta de dados foi entre fevereiro a maio de 2019.

4.6.2 Estratégias de recrutamento para coleta de dados definitiva

A fim de garantir um maior sucesso na coleta de dados, a pesquisadora verificava o agendamento das consultas diária dos pacientes atendidos no ambulatório de infectologia nos turnos manhã e tarde, junto ao Serviço de Arquivo Médico (SAME) e selecionava quais eram os pacientes candidatos a participar da pesquisa. Em seguida era realizado abordagem individual, normalmente, no momento em que os indivíduos aguardavam a sua consulta médica. Também foi utilizado como estratégia para coleta de dados, a busca de pacientes que procuravam o serviço para pegar medicação antirretroviral na farmácia ambulatorial. As abordagens eram realizadas pela pesquisadora e uma colaboradora devidamente treinada, capacitada e com experiência na área de pesquisa.

Objetivando garantir a aleatoriedade dos sujeitos da amostra e aumentar o recrutamento para coleta de dados, foi realizado sorteio, seguido de contatos via telefone e posteriormente, agendamento de dois encontros, onde foi promovido pela pesquisadora desse estudo em conjunto com a equipe médica, serviço social e psicologia do ambulatório de infectologia, oficinas de debate junto aos adolescentes e jovens, abordando as temáticas: perfil epidemiológico da infecção pelo vírus HIV em adolescentes e jovens; impacto da adesão à terapia antirretroviral; PrEP: conhecendo seu uso na população vulnerável; momento reflexão após assistir ao filme “pequeno segredo”.

A fim de complementar informações clínicas, os prontuários e o Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8+ e Carga Viral do HIV foram consultados.

4.7 Análise dos dados

Inicialmente os dados coletados, foram digitados e armazenados em planilha eletrônica do *Microsoft Office Excel 2013*, a qual continha variáveis do questionário de dados sociodemográficos, afetiva-sexual e aspectos clínicos e do WHOQOL- HIV-*Bref*. As variáveis do questionário CEAT-HIV, foram disponibilizadas posteriormente após solicitação ao autor que validou o instrumento no Brasil, pois a alimentação deste questionário era realizado de forma *online*, por meio de um questionário eletrônico.

Em seguida as variáveis foram codificadas e categorizadas de forma a permitir uma transferência para um *software* estatístico. Após codificação das variáveis do banco, foi feita uma análise minuciosa do banco de dados, empregando-se a técnica de validação de dupla entrada a fim de detectar inconsistência na base de dados, que quando identificadas, foram corrigidas pela revisão dos formulários e pela digitação. Após a validação, os dados foram importados para o *software Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)*, versão 18.0 e para o *software R*. Em seguida, as variáveis do CEAT-HIV foram unificadas em um mesmo banco de dados, sendo este, utilizado para realização dos cálculos estatísticos.

Após a tabulação dos dados, foi realizada a análise descritiva do perfil sociodemográfico, afetivo-sexual e clínico dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids. Estas análises foram descritas por meio da estatística descritiva, de acordo com o tipo da variável, através da apresentação das frequências absolutas (n) e relativas (% - porcentagem), medidas de tendência central (média e mediana) e medidas de dispersão (desvios-padrão, variância e coeficiente de variação) e amplitude.

Para avaliar a distribuição normal dos dados, utilizou-se o Teste de *Kolmogorov-Smirnov* para definir o uso dos testes paramétricos e não-paramétricos.

No instrumento de avaliação de QV, cada domínio é pontuado de forma independente, considerando que este é um construto multidimensional. Para alimentação do banco de dados e cálculo dos escores de cada domínio, foi utilizada a sintaxe oferecida pelo WHOQOL Group, tendo a devida atenção e cuidado para inversão da escala nas facetas 3, 4, 5, 8, 9, 10 e 31, disponível no site do WHOQOL-Group, em português.

Para interpretação dos dados, se faz necessário conversão dos escores para um índice de ponderação de 0-100, onde, menores valores, mais próximos de 0 indicam pior QV, enquanto que os valores mais altos, mais próximos de 100, indicam melhor QV, uma vez que, não se apresenta valores normativos (FAYERS; MACHIM, 2000).

Para o cálculo dos escores do instrumento de adesão ao tratamento CEAT-HIV, a pontuação varia de um a cinco pontos em escala tipo *Likert*, sendo que 1 corresponde ao pior estado e 5 ao melhor estado ou condição. Um indivíduo pode obter de 17 a 85 escores no total. Os escores em cada domínio são transformados em índice de ponderação de 0-100.

Para avaliar a consistência interna e a confiabilidade dos instrumentos, foi utilizado o coeficiente de fidedignidade, alfa de *Cronbach* (α). O alfa mede a correlação entre respostas em um questionário, através da análise do perfil das respostas dadas pelos respondentes. Trata-se de uma correlação média entre as perguntas. Os valores deste coeficiente variam de 0 a 1. Quanto mais próximo de 1, maior a confiabilidade entre os indicadores. Um limite inferior geralmente aceito é de 0,7 (SOUZA; ALEXANDRE; GUIRARDELLO, 2017). A classificação da Confiabilidade do Alfa de *Cronbach* ocorre do seguinte modo: Muito baixa ($\alpha \leq 0,30$); Baixa ($0,30 < \alpha \leq 0,60$); Moderada ($0,60 < \alpha \leq 0,75$); Alta ($0,75 < \alpha \leq 0,90$) e Muito alta ($\alpha > 0,90$) (GOTTEMS *et al.*, 2018).

Para análise inferencial foi utilizado a Correlação de *Spearman* entre os domínios da qualidade de vida e adesão a terapia antirretroviral. Na correlação, verifica-se o relacionamento entre duas ou mais variáveis, para identificar se há correlação entre elas e serve para medir a magnitude dessa relação. O coeficiente de correlação é dado por um valor r que pode variar de -1,00 a + 1,00, passando pelo zero. O valor +1,00, indica correlação positiva perfeita, o zero indica que não existe nenhuma correlação, e o valor -1,00 significa correlação perfeita negativa ou inversa (CALLEGARI-JACQUES, 2006).

Os valores positivos e negativos indicam o tipo de relação que existe entre as variáveis. Se o coeficiente for positivo significa que, quando uma variável aumenta, a outra também aumenta e, se o valor for negativo indica que, quando uma variável aumenta, a outra diminui.

O valor r , seja ele positivo ou negativo pode ser interpretado com a “força” ou a magnitude das correlações entre as variáveis, entretanto, as interpretações dos valores dependem da contextualização do estudo. Especialistas do *British Medical Journal* sugerem que, os valores das correlações podem ser interpretados da seguinte maneira: 0,00 – 0,19 ausente ou muito fraca; 0,20 – 0,39 fraca; 0,40 – 0,59 moderada; 0,60 – 0,79 forte; 0,80 – 1,00 muito forte (CALLEGARI-JACQUES, 2006).

Continuando a análise inferencial, foi realizado testes não-paramétricos, o de *Mann-Whitney* e o teste *Kruskal-Wallis* para verificar a possível associação entre as variáveis sócio demográficas, afetivo-sexual e clínica com os domínios da QV. Para verificar a associação entre duas variáveis qualitativas ou categóricas, foi utilizado o teste de associação ou de independência Qui-quadrado e quando apropriado o de *Fisher's* para analisar sua associação com a qualidade de vida.

Em acréscimo a análise realizada, as variáveis independentes foram tratadas como variáveis auxiliares, e através de um Modelo de Regressão Logística (MRL) foi verificado se estas fornecem evidência que podem ajudar na explicação dos fatores a ser identificados no estudo. Na regressão logística há uma série de gráficos, testes de ajuste e outras medidas para assegurar a validade do modelo. Dentre eles podemos destacar, *Omnibus Test*, *Nagelkerke R²*, teste de *Hosmer-Lemeshow* e *Odds Ratio*, onde todos eles foram testados.

As análises de regressão e correlação são técnicas que avaliam se duas ou mais variáveis de uma mesma população estão ou não relacionadas uma com as outras. Na correlação, verifica-se o relacionamento entre duas ou mais variáveis, para identificar se há correlação entre elas, e medir a magnitude dessa relação, se fraca ou forte. Na análise de regressão, busca-se uma correlação entre as variáveis independentes ou preditoras com a variável dependente, e assim explicar o efeito das independentes sobre a dependente (CALLEGARI-JACQUES, 2006).

Em seguida, a análise inferencial foi realizada para a obtenção e adequação do modelo preditivo, cuja variável resposta foi representada por: Qualidade de vida ruim (0) e qualidade de vida boa (1).

Por fim, utilizou-se um outro modelo, o *Weight of Evidence –WoE* (peso de evidência), objetivando investigar o impacto de cada variável de acordo com o peso de evidência.

No presente estudo, o evento de interesse consistiu na qualidade de vida dos adolescentes e jovens que vivem com HIV/aids (variável dependente), variável obtida através da média dos escores dos diferentes domínios do *WHOQOL-HIV-Bref*, a fim de investigar o efeito dos fatores sociodemográficos, aspectos clínicos, afetivo-sexual e terapêutica (variáveis

independentes) sobre a variável dependente, e com isso, fornecer evidências que melhor explica o desfecho nas dimensões da qualidade de vida nesta população.

Na literatura não existe um parâmetro que aponte uma qualidade de vida alta ou baixa. Assim, para dicotomizar o desfecho, utilizar-se-á a mediana como parâmetro. Portanto, todos os adolescentes e adultos jovens que possuíram escores iguais ou acima da mediana, foram classificados como tendo uma qualidade de vida alta. Por sua vez, os que possuísem escores abaixo da mediana, foram classificados com qualidade de vida baixa.

Vale lembrar que, em todo o estudo, foram considerados significativos os testes em que seus respectivos P- valores foram menores que 0,05 (nível de significância pré-estabelecido).

4.8 Aspectos éticos

O estudo respeitou todas as observâncias éticas emanadas da Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde, preservando o sigilo, a privacidade e o respeito à autonomia dos participantes (BRASIL, 2013c). O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba, com encaminhamento *online* à Plataforma Brasil, conforme Certificado de Apresentação para Apreciação Ética (CAAE) de número: 02663718.7.0000.5188, aprovado conforme parecer nº 3.048.466 (Anexo C).

As entrevistas deram início após aprovação pelo CEP e a anuência dos participantes deste estudo, mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice B) e pelo Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE) (Apêndice C).

Ressalta-se que foi garantido que os mesmos poderiam desistir do estudo a qualquer momento sem que isso lhe trouxesse qualquer prejuízo.

5. RESULTADOS

Os resultados referentes aos objetivos propostos por este estudo serão apresentados subdivididos em duas partes, onde a primeira, irá referir a caracterização sociodemográfica, da vida afetivo-sexual e clínica da população do estudo, e a segunda parte irá discorrer sobre a avaliação da QV e suas associações com as variáveis sociodemográficas, clínicas e adesão a TARV, utilizando a escala do WHOQOL-HIV-*Bref* e do CEAT-VIH.

5.1 Caracterização de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo as variáveis sociodemográficas, vida afetivo-sexual e clínicas.

De acordo com a amostra de 76 adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, foi possível traçar o perfil sociodemográfico, afetivo-sexual e clínico conforme disposto na sequência de tabelas 4 a 6.

Na tabela 4 estão descritas as principais características sociodemográficas da amostra. Em relação ao sexo, observa-se que 64 (84,21%) da amostra são homens. O maior número de casos compreendeu a faixa etária entre 22 a 24 anos, presente em 40 (52,63%) dos casos, seguida da faixa etária de 20 a 22 anos de idade e a idade média foi de 19 anos.

Quanto ao estado civil, 56 (73,68%) são solteiros. A maioria dos entrevistados 38 (50%) referiu não ter crença religiosa alguma, enquanto que 18 (23,68%), declararam professar a fé católica. Em relação a raça/cor, 44 (57,89%) são autodeclarados como sendo da cor parda. Em se tratando do nível de escolaridade, 22 (28,95%) concluíram ensino médio e 19 (25%) apresentam ensino superior incompleto.

Tabela 4- Descrição do perfil de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo variáveis sociodemográficas (n=76). João Pessoa-PB, 2019.

| <i>Variáveis</i> | <i>frequência</i> | <i>%</i> |
|-------------------------------|-------------------|----------|
| <i>Sexo</i> | | |
| Masculino | 64 | 84,21 |
| Feminino | 12 | 15,79 |
| <i>Faixa etária</i> | | |
| 14 ----16 anos | 2 | 2,63 |
| 16 ----18 anos | 5 | 6,58 |
| 18 ----20 anos | 7 | 9,21 |
| 20 ----22 anos | 22 | 28,95 |
| 22 ----24 anos | 40 | 52,63 |
| <i>Estado civil</i> | | |
| Solteiro(a) | 56 | 73,69 |
| Vivendo como casado(a) | 18 | 23,68 |
| Casado(a) | 2 | 2,63 |
| <i>Religião</i> | | |
| Não tem religião | 38 | 50,00 |
| Católico | 18 | 23,68 |
| Protestante | 9 | 11,84 |
| Espírita | 3 | 3,95 |
| Outras | 8 | 10,53 |
| <i>Raça/ Cor</i> | | |
| Parda | 44 | 57,89 |
| Branca | 18 | 23,68 |
| Negra | 13 | 17,11 |
| Amarela | 1 | 1,32 |
| <i>Escolaridade</i> | | |
| Sabe ler e escrever | 1 | 1,31 |
| Ensino fundamental incompleto | 13 | 17,11 |
| Ensino fundamental completo | 5 | 6,58 |
| Ensino médio incompleto | 12 | 15,79 |
| Ensino médio completo | 22 | 28,95 |
| Ensino superior incompleto | 19 | 25,00 |
| Ensino superior completo | 4 | 5,26 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

A tabela 5 refere-se as características afetivo-sexuais. Percebe-se que, em relação a orientação sexual 32 (42,11%) são autodeclarados homossexuais, 24 (31,58%) heterossexuais e 19 (25%) como sendo bissexuais. Quanto a ter ou não parceiro fixo, 31(40,79%) relatam não ter parceiro fixo. No que se refere ao tempo de permanência com o último ou atual relacionamento afetivo, 25 (32,89%), expressam ter tempo curto, com duração inferior há 3 meses de relacionamento. No que concerne o conhecimento da soropositividade por parte do parceiro, 46 (60,53%) relatam que seus companheiros conhecem seu estado sorológico para

HIV, 27 (35,53%) informam não relatar sua soropositividade e três (3,95%) nunca tiveram um relacionamento.

Em relação ao estado sorológico dos parceiros, a maioria dos participantes 31 (40,79%), afirmam que o parceiro não é portador do HIV, pois já haviam sido testados e 18 (23,68%) nunca fizeram o teste porque desconhece a soropositividade do companheiro.

Referente ao uso do preservativo, 40 (52,63%) afirmam usar sempre, 23 (30,26%) relatam usar as vezes por iniciativa própria e oito (10,53%) relatam nunca fazer uso do preservativo.

Tabela 5- Descrição do perfil de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo variáveis da vida afetivo-sexual (n=76). João Pessoa-PB, 2019.

| <i>Variáveis</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
|--|----------|----------|
| Orientação sexual | | |
| Homossexual | 32 | 42,11 |
| Heterossexual | 24 | 31,58 |
| Bissexual | 19 | 25,00 |
| Transexual | 1 | 1,31 |
| Parceiro fixo | | |
| Sim | 42 | 55,26 |
| Não | 31 | 40,79 |
| Não se aplica | 3 | 3,95 |
| Tempo de relacionamento | | |
| < 3 meses | 25 | 32,89 |
| 3 ---- 6 meses | 13 | 17,11 |
| 6meses ---- 1ano | 7 | 9,21 |
| 3 ----6 anos | 12 | 15,79 |
| ≥ 6 anos 16 | 16 | 21,05 |
| Não se aplica | 3 | 3,95 |
| Conhecimento da soropositividade do parceiro | | |
| Sim | 46 | 60,52 |
| Não | 27 | 35,53 |
| Não se aplica | 3 | 3,95 |
| Sorologia para HIV do parceiro | | |
| Positivo | 21 | 27,63 |
| Negativo | 31 | 40,79 |
| Não quer fazer o teste | 3 | 3,95 |
| Não fez o teste porque desconhece a soropositividade do parceiro | 18 | 23,68 |
| Não se aplica | 3 | 3,95 |
| Uso do preservativo | | |
| Usa sempre | 40 | 52,63 |
| Usa as vezes por iniciativa própria | 23 | 30,26 |
| Usa se o parceiro pedir/insistir | 2 | 2,63 |
| Nunca usa | 8 | 10,53 |
| Não se aplica | 3 | 3,95 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Na tabela 6 está descrito o perfil clínico dos participantes do estudo. Constatou-se que, quanto a forma de aquisição da infecção pelo vírus HIV, a principal categoria de exposição entre os participantes, foi a via sexual 68 (89,47%). O tempo de diagnóstico conhecido mais prevalente foi de menos de seis meses 19 (25%), ao passo que, 18 (23,68%) afirmaram conhecer seu estado sorológico entre três a seis anos.

Quanto à contagem de linfócitos TCD4+, nota-se que 41 (53,95%), apresentam ≥ 500 células/mm³, 14 entrevistados (18,42%) apresentavam de 350 a 500 células/mm³, já 13 (17,11%) mantinha suas taxas menores que 200 células/mm³.

Tabela 6- Descrição do perfil de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo variáveis clínicas (n=76). João Pessoa-PB, 2019.

| <i>Variáveis</i> | <i>n</i> | <i>%</i> |
|-------------------------------------|----------|----------|
| Categoria de exposição | | |
| Transmissão sexual | 68 | 89,47 |
| Transmissão vertical | 7 | 9,21 |
| Sanguínea | 1 | 1,32 |
| Tempo de diagnóstico | | |
| < 6 meses | 19 | 25,00 |
| 6meses ---- 1ano | 11 | 14,47 |
| 1 ---- 3anos | 15 | 19,74 |
| 3 ----6 anos | 18 | 23,68 |
| ≥ 6 anos | 13 | 17,11 |
| Linfócitos TCD4+ | | |
| < 200 células/mm ³ | 13 | 17,10 |
| 200 ----350 células/mm ³ | 8 | 10,53 |
| 350 ----500 células/mm ³ | 14 | 18,42 |
| ≥ 500 células/mm ³ | 41 | 53,95 |
| Carga viral | | |
| < 50 cópias/ml | 48 | 63,16 |
| 50 ----1.000 cópias/ml | 9 | 11,84 |
| 1.000 ----3.500 cópias/ml | 3 | 3,95 |
| ≥ 3.500 cópias/ml | 16 | 21,05 |
| Tempo de TARV | | |
| < 6 meses | 22 | 28,95 |
| 6meses ---- 1ano | 9 | 11,84 |
| 1 ---- 3anos | 15 | 22,37 |
| 3 ----6 anos | 16 | 21,05 |
| ≥ 6 anos | 12 | 15,79 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5.2 Medidas de qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo escores do WHOQOL-HIV *Bref*

Após verificar confiabilidade do instrumento, por meio do *Alfa de Cronbach*, inicialmente foram avaliadas duas questões que expressam sobre a auto avaliação da qualidade de vida e percepção geral da saúde pelos adolescentes e jovens participantes do estudo, conforme apresentado na tabela 7. Do total, 28 (36,84%) participantes avaliaram sua qualidade de vida como sendo “boa”, 24 (31,58) como sendo “nem ruim, nem boa” e 21 (27,63%) como sendo “ muito boa”.

Por sua vez, observa-se que sobre a percepção geral da saúde, 34 (44,74%) dos participantes posicionaram-se afirmando que estão “satisfeitos”, ao mesmo tempo que, 15 (19,74%) informam que estão “ insatisfeitos” e 11 (14,47%) expressam não estar “ nem satisfeito nem insatisfeito” com sua saúde.

Tabela 7- Distribuição de frequência da auto avaliação da qualidade de vida e nível de satisfação com a saúde dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o WHOQOL- HIV *Bref* (n=76). João Pessoa-PB, 2019.

| Auto avaliação da qualidade de vida | n | % |
|--|----------|----------|
| Muito ruim | 2 | 2,63 |
| Ruim | 1 | 1,32 |
| Nem ruim nem boa | 24 | 31,58 |
| Boa | 28 | 36,84 |
| Muito boa | 21 | 27,63 |
| Nível de satisfação com a saúde | n | % |
| Muito insatisfeito | 2 | 2,63 |
| Insatisfeito | 15 | 19,74 |
| Nem satisfeito nem insatisfeito | 11 | 14,47 |
| Satisfeito | 34 | 44,74 |
| Muito satisfeito | 14 | 18,42 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Conforme apresentado na tabela 8, a média do escore de auto avaliação da qualidade de vida foi de (71,38), sendo a mediana (75,00), sendo essa medida, escolhida para criar um ponte de corte e classificar a qualidade de vida como sendo ruim ou boa.

Tabela 8- Distribuição descritiva do escore de auto avaliação da qualidade de vida, dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o WHOQOL-HIV *Bref* (n=76). João Pessoa-PB, 2019.

| | Média | Mediana | Desvio padrão | Mínimo | Máximo |
|--|--------------|----------------|----------------------|---------------|---------------|
| Auto avaliação da Qualidade de vida | 71,38 | 75,00 | 23,35 | 0,00 | 100,00 |

A tabela 9 apresenta os dados obtidos segundo medidas de tendência central, medidas de dispersão e medidas para investigar a consistência do instrumento (média, mediana, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximo e coeficiente *Alfa de Cronbach* (α), dos escores dos seis domínios de QV, de acordo com o WHOQOL-HIV- *Bref*.

Pode-se perceber que os domínios que apresentaram melhores valores medianos foram: Domínio Físico (79,34) e Relações sociais (70,49), ao mesmo tempo em que os Domínios Meio ambiente e Psicológico foram os que apresentaram menores valores medianos, com 59,38 e 65,00 respectivamente. Para todos os domínios, obteve-se uma consistência interna, superior a 0,80, classificação alta de acordo com o *Alfa de Cronbach*.

Tabela 9 - Medidas descritivas dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref* dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids ($n=76$). João Pessoa-PB, 2019.

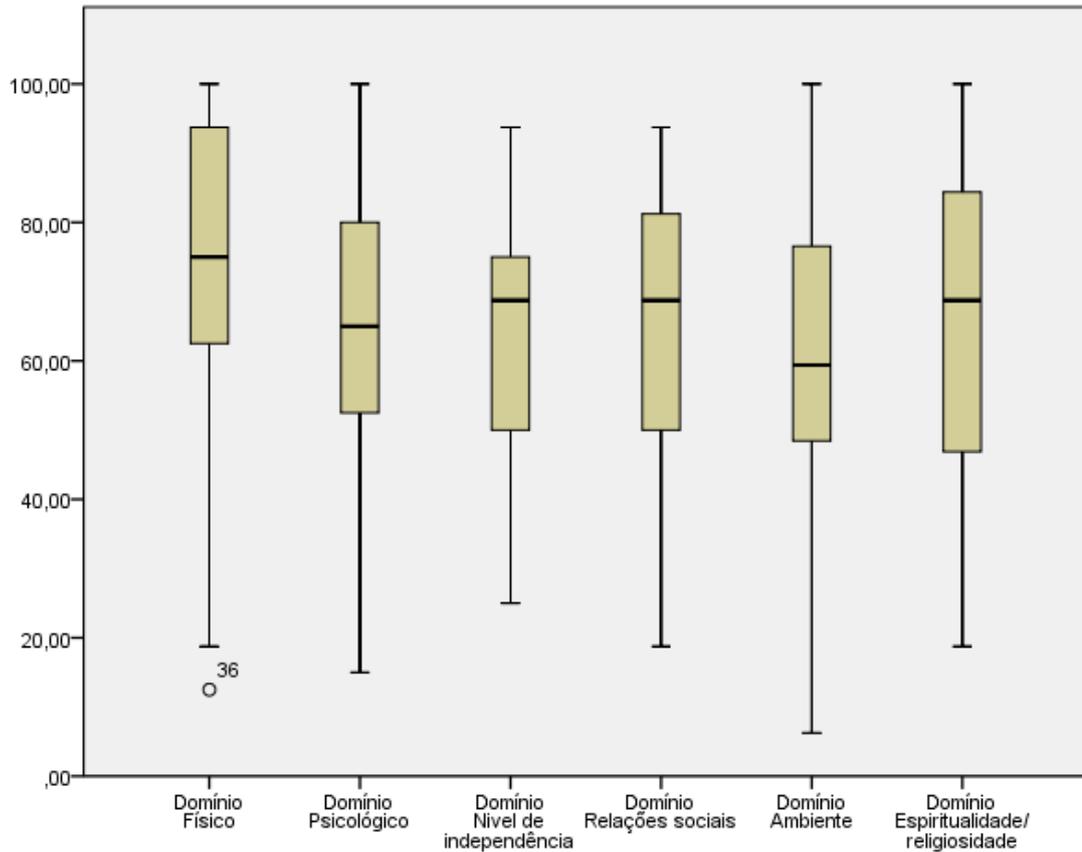
| <i>Medidas</i> | <i>Domínio Físico</i> | <i>Domínio psicológico</i> | <i>Domínio Nível de independência</i> | <i>Domínio Relações sociais</i> | <i>Domínio Ambiente</i> | <i>Domínio Espiritualidade/religião</i> | <i>Escore geral de QV</i> |
|---|-----------------------|----------------------------|---------------------------------------|---------------------------------|-------------------------|---|---------------------------|
| <i>Média</i> | 74,59 | 65,99 | 63,24 | 66,20 | 60,40 | 64,88 | 65,14 |
| <i>I.C* a 95%</i> | (69,84 - 79,34) | (61,92- 70,05) | (59,70- 66,78) | (61,90- 70,49) | (56,21- 64,60) | (59,49- 70,28) | (61,71- 68,57) |
| <i>Mediana</i> | 75,00 | 65,00 | 68,75 | 68,75 | 59,38 | 68,75 | 66,38 |
| <i>Desvio Padrão</i> | 20,77 | 17,796 | 15,48 | 18,80 | 18,38 | 23,61 | 15,01 |
| <i>Coeficiente de variação</i> | 27,85 | 27,23 | 24,48 | 28,39 | 30,43 | 36,39 | 23,04 |
| <i>Mínimo</i> | 12,50 | 15,00 | 25,00 | 18,75 | 6,25 | 18,75 | 18,97 |
| <i>Máximo</i> | 100,00 | 100,00 | 93,75 | 93,75 | 100,00 | 100,00 | 95,69 |
| <i>(α) Alfa de Cronbach</i> | 0,85 | 0,84 | 0,85 | 0,84 | 0,84 | 0,86 | 0,91 |

*I.C= Intervalo de confiança

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

O boxplot, representação gráfica dos escores dos domínios de qualidade de vida do WHOQOL-HIV-*Bref*, observado na figura 3, confirma os cálculos obtidos nas medidas descritivas da Tabela 9. Nesse gráfico há evidência de que os domínios com maior variabilidade são os domínios Espiritualidade/religiosidade e Físico. Nele, observa-se a presença de um *outlier* no domínio Físico.

Figura 3- Boxplot dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref* (Média dos Domínios) ($n=76$). João Pessoa-PB, 2019.



Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5.3 Avaliação da qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o WHOQOL-HIV *Bref* e as variáveis sociodemográficas, da vida afetivo-sexual e clínicas.

A tabela 10, observam-se os escores médios dos valores obtidos através do WHOQOL-HIV-*Bref*, segundo as variáveis sociodemográficas. Houve diferença significativa quanto a escolaridade no domínio Meio Ambiente ($p=0,012$). Quanto a religião, observou-se diferença significativa no domínio Nível de independência ($p=0,049$). Com relação a variável estado civil constatou-se diferença significativa no domínio Relações Sociais ($p=0,045$).

Não houve diferença significativa em nenhum dos domínios relativo às variáveis sexo, raça e faixa etária.

As tabelas 11 e 12, estão distribuídos os escores médios dos domínios do WHOQOL-HIV-*Bref*, segundo as variáveis de cunho sexual e clínicas. Observa-se que não houve diferença significativa em nenhum domínio relacionada a estas variáveis.

Tabela 10- Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref*, segundo as variáveis sociodemográficas em adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids (n= 76). João Pessoa-PB, 2019.

| Variáveis sociodemográficas | Domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> | | | | | |
|-------------------------------|------------------------------------|-------------|------------------------|------------------|---------------|-------------------------------|
| | Físico | Psicológico | Nível de independência | Relações sociais | Meio ambiente | Espiritualidade/Religiosidade |
| Sexo | | | | | | |
| Feminino | 66,67 | 65,00 | 61,98 | 59,90 | 53,91 | 56,77 |
| Masculino | 76,07 | 66,17 | 63,48 | 67,38 | 61,62 | 66,41 |
| Valor p* | 0,142 | 0,864 | 0,522 | 0,180 | 0,294 | 0,172 |
| Raça | | | | | | |
| Parda | 75,71 | 64,89 | 64,63 | 65,77 | 59,73 | 62,36 |
| Branca | 70,83 | 63,89 | 58,33 | 66,67 | 63,71 | 67,36 |
| Negra | 75,96 | 74,62 | 66,83 | 67,31 | 58,41 | 73,56 |
| Amarela | 75,00 | 40,00 | 43,75 | 62,50 | 56,25 | 18,75 |
| Valor p** | 0,992 | 0,102 | 0,329 | 0,958 | 0,828 | 0,127 |
| Faixa etária | | | | | | |
| 14 ---- 16 anos | 81,25 | 77,50 | 62,50 | 62,50 | 65,63 | 56,25 |
| 16 ---- 18 anos | 66,25 | 67,00 | 56,25 | 61,25 | 46,25 | 66,25 |
| 18 ---- 20 anos | 71,43 | 69,29 | 64,29 | 68,75 | 55,36 | 75,00 |
| 20 ---- 22 anos | 80,68 | 63,86 | 65,34 | 66,76 | 63,21 | 60,80 |
| 22 --- 24 anos | 72,50 | 65,88 | 62,81 | 66,25 | 61,25 | 65,63 |
| Valor p** | 0,534 | 0,803 | 0,867 | 0,962 | 0,614 | 0,651 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Sabe ler e escrever | 56,25 | 55,00 | 50,00 | 62,50 | 40,63 | 43,75 |
| Ensino fundamental incompleto | 67,79 | 64,62 | 59,13 | 70,19 | 51,44 | 64,42 |
| Ensino fundamental completo | 82,50 | 69,00 | 66,25 | 68,75 | 55,00 | 77,50 |
| Ensino médio incompleto | 67,71 | 66,25 | 62,50 | 56,77 | 53,65 | 58,85 |
| Ensino médio completo | 74,72 | 63,64 | 61,36 | 62,50 | 59,23 | 57,95 |
| Superior incompleto | 80,59 | 68,68 | 68,75 | 72,37 | 70,56 | 72,04 |
| Superior completo | 82,81 | 68,75 | 62,50 | 70,31 | 79,69 | 78,13 |
| Valor p** | 0,358 | 0,938 | 0,554 | 0,331 | 0,012 | 0,261 |
| Religião | | | | | | |
| Católico(a) | 83,33 | 72,78 | 69,44 | 71,53 | 66,84 | 70,83 |
| Protestante | 77,78 | 71,11 | 72,22 | 68,06 | 65,97 | 66,67 |
| Espírita | 77,08 | 70,00 | 62,50 | 58,33 | 56,25 | 43,75 |
| Não tem religião | 72,20 | 64,47 | 60,20 | 64,97 | 58,96 | 64,97 |
| Outros | 61,72 | 50,63 | 53,91 | 60,94 | 48,05 | 57,03 |
| Valor p** | 0,153 | 0,074 | 0,049 | 0,658 | 0,094 | 0,449 |
| Estado civil | | | | | | |
| Solteiro(a) | 75,78 | 66,79 | 64,51 | 68,53 | 61,66 | 67,52 |
| Vivendo como casado(a) | 72,92 | 66,11 | 61,11 | 63,19 | 57,12 | 56,60 |
| Casado(a) | 56,25 | 42,50 | 46,88 | 28,13 | 54,69 | 65,63 |
| Valor p** | 0,783 | 0,140 | 0,328 | 0,045 | 0,422 | 0,274 |

*Teste de Mann Whitney (comparação de duas amostras independentes). ** Kruskal Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes). Valores em negrito destacam significância dos testes com p-valor < 0,05.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 11- Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref*, segundo as variáveis afetivo-sexual em adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids (n= 76). João Pessoa-PB, 2019.

| Variáveis | Domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> | | | | | |
|---|------------------------------------|-------------|------------------------|------------------|---------------|-------------------------------|
| | Físico | Psicológico | Nível de independência | Relações sociais | Meio ambiente | Espiritualidade/Religiosidade |
| Orientação sexual | | | | | | |
| Bissexual | 76,64 | 67,89 | 65,13 | 70,39 | 59,87 | 73,03 |
| Homossexual | 75,00 | 61,56 | 62,70 | 64,06 | 61,04 | 58,79 |
| Transexual | 81,25 | 95,00 | 75,00 | 87,50 | 75,00 | 93,75 |
| Heterossexual | 72,14 | 69,17 | 61,98 | 64,84 | 59,37 | 65,36 |
| Valor p** | 0,986 | 0,150 | 0,710 | 0,415 | 0,865 | 0,124 |
| Categoria de exposição | | | | | | |
| Transmissão vertical | 80,36 | 79,29 | 67,86 | 66,96 | 65,18 | 72,32 |
| Transmissão sexual | 74,54 | 64,85 | 62,96 | 66,36 | 60,06 | 64,52 |
| Perfuro cortante | 37,50 | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 50,00 | 37,50 |
| Valor p** | 0,236 | 0,082 | 0,514 | 0,666 | 0,563 | 0,292 |
| Parceiro fixo | | | | | | |
| Sim | 71,77 | 64,84 | 61,09 | 68,35 | 58,17 | 67,54 |
| Não | 75,74 | 65,36 | 64,29 | 64,58 | 61,53 | 62,95 |
| Valor p* | 0,312 | 0,866 | 0,557 | 0,369 | 0,683 | 0,407 |
| Tempo de relacionamento | | | | | | |
| < 3 meses | 72,75 | 65,20 | 63,50 | 69,25 | 58,38 | 64,75 |
| 6 meses ---- 1 ano | 73,08 | 67,69 | 66,35 | 71,15 | 64,18 | 76,44 |
| 1 ---- 3 anos | 83,93 | 57,86 | 62,50 | 56,25 | 58,93 | 52,68 |
| 3 ---- 6 anos | 70,83 | 60,42 | 59,38 | 59,90 | 60,94 | 58,33 |
| 6 anos | 75,00 | 69,69 | 62,11 | 66,41 | 59,37 | 66,02 |
| Valor p** | 0,635 | 0,342 | 0,741 | 0,242 | 0,865 | 0,221 |
| Sorologia do parceiro | | | | | | |
| Positivo | 73,81 | 64,52 | 60,71 | 60,71 | 54,76 | 59,82 |
| Negativo | 74,80 | 64,19 | 62,90 | 65,93 | 62,10 | 66,33 |
| Não quer fazer o teste | 81,25 | 75,00 | 77,08 | 79,17 | 70,83 | 66,67 |
| Não fez o teste porque desconhece a sorologia do parceiro | 71,88 | 65,83 | 63,19 | 70,83 | 61,11 | 68,06 |
| Valor p** | 0,803 | 0,780 | 0,310 | 0,228 | 0,154 | 0,718 |
| Uso de preservativo | | | | | | |
| Usa sempre | 76,25 | 67,88 | 62,97 | 69,38 | 61,80 | 68,59 |
| Usa às vezes, por iniciativa própria | 73,10 | 64,13 | 63,59 | 63,04 | 60,19 | 65,76 |
| Só usa se o parceiro pedir/ insistir | 59,38 | 50,00 | 43,75 | 53,13 | 48,44 | 50,00 |
| Nunca usa | 69,53 | 58,13 | 65,63 | 62,50 | 54,30 | 47,66 |
| Valor p** | 0,489 | 0,187 | 0,367 | 0,403 | 0,316 | 0,131 |

*Teste de Mann Whitney (comparação de duas amostras independentes). ** Kruskal Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes), Valores em negrito destacam significância dos testes com p-valor < 0,05.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

Tabela 12- Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref*, segundo as variáveis clínica em adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids (n= 76). João Pessoa-PB, 2019.

| Variáveis afetivo-sexual | Domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> | | | | | |
|--|------------------------------------|-------------|------------------------|------------------|---------------|--------------------------|
| | Físico | Psicológico | Nível de independência | Relações sociais | Meio ambiente | Espiritualidade/Religião |
| Tempo de diagnóstico HIV | | | | | | |
| < 6 meses | 74,67 | 68,68 | 62,17 | 73,68 | 65,13 | 66,45 |
| 6 meses ---- 1 ano | 78,41 | 61,82 | 63,07 | 67,05 | 54,26 | 73,30 |
| 1 ----3 anos | 65,00 | 58,00 | 61,67 | 57,92 | 50,21 | 55,00 |
| 3 ----6 anos | 79,51 | 71,11 | 64,24 | 67,71 | 65,97 | 63,54 |
| ≥ 6 anos | 75,48 | 67,69 | 65,38 | 62,02 | 62,74 | 68,75 |
| Valor p** | 0,313 | 0,277 | 0,994 | 0,229 | 0,110 | 0,320 |
| Tempo de uso de TARV | | | | | | |
| < 6 meses | 76,99 | 67,05 | 63,35 | 71,59 | 64,92 | 66,48 |
| 6 meses ---- 1 ano | 75,69 | 62,22 | 61,81 | 67,36 | 53,82 | 73,61 |
| 1 ----3 anos | 68,38 | 61,76 | 62,87 | 62,50 | 53,86 | 58,46 |
| 3 ----6 anos | 75,78 | 69,06 | 62,89 | 66,02 | 64,45 | 60,94 |
| ≥ 6 anos | 76,56 | 68,75 | 65,10 | 60,94 | 60,94 | 69,79 |
| Valor p** | 0,781 | 0,779 | 0,996 | 0,598 | 0,392 | 0,458 |
| Carga Viral (cópias/mL) | | | | | | |
| < 50 | 75,39 | 63,85 | 62,89 | 64,97 | 60,16 | 61,20 |
| 50 --- 1000 | 79,17 | 71,67 | 69,44 | 69,44 | 64,24 | 76,39 |
| 1000 --- 3500 | 75,00 | 73,33 | 64,58 | 72,92 | 58,33 | 79,17 |
| ≥ 3500 | 69,53 | 67,81 | 60,55 | 66,80 | 59,38 | 66,80 |
| Valor p** | 0,369 | 0,504 | 0,391 | 0,832 | 0,849 | 0,191 |
| Linfócito CD4+ (cel/mm³) | | | | | | |
| < 200 | 68,23 | 70,00 | 57,81 | 63,02 | 54,69 | 66,15 |
| 200 --- 350 | 60,42 | 72,50 | 59,38 | 72,92 | 59,37 | 65,63 |
| 350 --- 500 | 80,56 | 70,00 | 63,89 | 72,22 | 65,28 | 67,36 |
| ≥ 500 | 76,79 | 63,47 | 64,92 | 65,05 | 61,03 | 64,03 |
| Valor p** | 0,123 | 0,488 | 0,485 | 0,498 | 0,473 | 0,970 |
| Internação decorrente do HIV/aids | | | | | | |
| Não | 77,44 | 66,10 | 63,77 | 66,95 | 61,02 | 63,67 |
| Sim | 64,71 | 65,59 | 61,40 | 63,60 | 58,27 | 69,12 |
| Valor p* | 0,073 | 0,945 | 0,724 | 0,526 | 0,685 | 0,430 |
| Mudança da TARV por resistência | | | | | | |
| Não | 75,82 | 66,89 | 64,34 | 66,80 | 61,78 | 63,22 |
| Sim | 69,58 | 62,33 | 58,75 | 63,75 | 54,79 | 71,67 |
| Valor p* | 0,991 | 0,614 | 0,222 | 0,906 | 0,433 | 0,230 |

*Teste de Mann Whitney (comparação de duas amostras independentes). ** Kruskal Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes). Valores em negrito destacam significância dos testes com p-valor < 0,05.

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5.4 Análise das variáveis sociodemográficas, afetivo-sexual e clínicas associadas à qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens utilizando a estatística qui-quadrado.

Após avaliar os escores de qualidade de vida de cada domínio, tomando como base a mediana para dividir a amostra em dois grupos (qualidade de vida boa e qualidade de vida ruim), buscou-se investigar quais variáveis (sociodemográficas, clínica, afetivo-sexual) e variáveis de adesão ao tratamento presente no estudo possuíam associação com as variáveis dos escores dos domínios de qualidade de vida. Para tanto, todas as variáveis foram categorizadas e testadas através do teste do qui-quadrado ou teste de Fisher's, utilizando um nível de significância de 0,05. Os resultados podem ser observados conforme mostra a tabela 13.

Os testes qui-quadrado com correção de continuidade e, quando apropriado, o teste exato de Fisher's testam a hipótese nula (H_0) de que não existe associação entre as variáveis. Contudo, ao nível de significância de 0,05, rejeitaram a nulidade mostrando que existe associação estatisticamente significativa entre a variável do escore domínio Físico de qualidade de vida e as seguintes variáveis: internação decorrente do HIV e adesão a terapia antirretroviral; entre a variável do escore domínio Psicológico e as seguintes variáveis: religião, categoria de exposição e adesão ao tratamento; entre a variável do escore domínio Nível de independência e as seguintes variáveis: sexo e adesão ao tratamento; entre a variável do escore domínio Meio ambiente e as seguintes variáveis: escolaridade, sorologia do parceiro e adesão ao tratamento e entre a variável do escore domínio Espiritualidade/ religião e crença com as variáveis: sexo e adesão ao tratamento antirretroviral. Desta forma, percebe-se que apenas a variável do domínio Relações sociais não apresenta associação com nenhuma outra variável independente.

Tabela 13- Relação das variáveis independentes utilizadas para verificar à associação com os domínios do WHOQOL-HIV *Bref* por meio do teste qui-quadrado/ teste de *Fisher's*. João Pessoa-PB, 2019.

| Variáveis | Domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> | | | | | |
|--|------------------------------------|---------------|------------------------|------------------|---------------|----------------------------|
| | Físico | Psicológico | Nível de independência | Relações sociais | Meio ambiente | Espiritualidade / Religião |
| Sexo | | | | | | |
| Estatística do teste** | 2,121 | 0,328 | 3,950 | 0,364 | 2,437 | 4,364 |
| Valor p | 0,145 | 0,567 | 0,047 | 0,546 | 0,118 | 0,037 |
| Raça | | | | | | |
| Estatística do teste** | 1,313 | 3,634 | 1,902 | 2,091 | 1,430 | 2,928 |
| Valor p | 0,807 | 0,268 | 0,675 | 0,575 | 0,852 | 0,366 |
| Faixa etária | | | | | | |
| Estatística do teste | 2,938 | 2,985 | 2,362 | 1,224 | 1,085 | 2,646 |
| Valor p | 0,589 | 0,590 | 0,714 | 0,951 | 0,951 | 0,679 |
| Escolaridade | | | | | | |
| Estatística do teste** | 5,891 | 5,069 | 4,720 | 7,960 | 11,624 | 4,457 |
| Valor p | 0,435 | 0,553 | 0,604 | 0,212 | 0,047* | 0,650 |
| Religião | | | | | | |
| Estatística do teste** | 4,695 | 10,755 | 5,903 | 2,740 | 8,133 | 1,535 |
| Valor p | 0,314 | 0,020* | 0,196 | 0,621 | 0,072 | 0,857 |
| Estado civil | | | | | | |
| Estatística do teste** | 0,406 | 2,852 | 1,701 | 4,593 | 4,595 | 2,043 |
| Valor p | 1,000 | 0,270 | 0,581 | 0,061 | 0,080 | 0,043 |
| Orientação sexual | | | | | | |
| Estatística do teste** | 0,779 | 4,030 | 2,119 | 2,332 | 1,639 | 4,548 |
| Valor p | 1,000 | 0,215 | 0,585 | 0,523 | 0,762 | 0,171 |
| Categoria de exposição | | | | | | |
| Estatística do teste** | 1,755 | 6,681 | 1,139 | 1,402 | 1,930 | 2,009 |
| Valor p | 0,416 | 0,016 | 0,852 | 0,682 | 0,335 | 0,339 |
| Parceiro fixo | | | | | | |
| Estatística do teste* | 1,688 | 0,006 | 0,019 | 1,075 | 0,043 | 1,841 |
| Valor p | 0,194 | 0,937 | 0,892 | 0,300 | 0,835 | 0,175 |
| Tempo de relacionamento | | | | | | |
| Estatística do teste** | 2,188 | 3,410 | 2,549 | 5,590 | 4,952 | 3,632 |
| Valor p | 0,734 | 0,508 | 0,669 | 0,235 | 0,299 | 0,470 |
| Sorologia do parceiro | | | | | | |
| Estatística do teste** | 2,426 | 2,138 | 3,309 | 4,646 | 6,910 | 2,358 |
| Valor p | 0,498 | 0,564 | 0,367 | 0,192 | 0,022 | 0,559 |
| Companheiro informado da soropositividade | | | | | | |
| Estatística do teste* | 0,398 | 0,052 | 0,110 | 1,463 | 0,586 | 0,210 |
| Valor p | 0,528 | 0,819 | 0,740 | 0,227 | 0,444 | 0,646 |
| Uso de preservativo | | | | | | |
| Estatística do teste** | 2,379 | 2,984 | 2,624 | 1,264 | 5,173 | 6,165 |
| Valor p | 0,545 | 0,409 | 0,467 | 0,847 | 0,131 | 0,079 |
| Tempo de diagnóstico | | | | | | |
| Estatística do teste* | 3,699 | 4,518 | 1,852 | 1,953 | 1,667 | 3,639 |
| Valor p | 0,464 | 0,344 | 0,763 | 0,759 | 0,797 | 0,457 |

Continuação

| Tempo de uso de TARV | | | | | | |
|--|--------------|--------------|---------------|-------|---------------|--------------|
| Estatística do teste** | 2,199 | 1,938 | 2,214 | 1,084 | 0,821 | 4,835 |
| Valor p | 0,719 | 0,777 | 0,722 | 0,921 | 0,963 | 0,305 |
| Carga viral | | | | | | |
| Estatística do teste** | 2,491 | 2,430 | 1,680 | 1,854 | 0,715 | 0,638 |
| Valor p | 0,494 | 0,499 | 0,677 | 0,656 | 0,951 | 0,976 |
| Linfócito T-CD4+ | | | | | | |
| Estatística do teste** | 5,029 | 2,337 | 3,686 | 2,063 | 6,530 | 0,585 |
| Valor p | 0,169 | 0,495 | 0,317 | 0,588 | 0,078 | 0,939 |
| Internação decorrente do HIV/aids | | | | | | |
| Estatística do teste* | 5,835 | 0,001 | 0,023 | 0,417 | 0,418 | 0,273 |
| Valor p | 0,016 | 0,971 | 0,879 | 0,519 | 0,518 | 0,601 |
| Mudança da TARV por resistência | | | | | | |
| Estatística do teste* | 1,503 | 0,267 | 0,162 | 0,590 | 1,463 | 0,407 |
| Valor p | 0,220 | 0,605 | 0,688 | 0,442 | 0,226 | 0,523 |
| Adesão da TARV | | | | | | |
| Estatística do teste | 7,037 | 4,856 | 16,058 | 3,100 | 14,223 | 4,992 |
| Valor p | 0,08 | 0,028 | 0,000 | 0,078 | 0,000 | 0,025 |

(*) Teste qui-quadrado- χ^2 (**) Teste de Fisher's

Valores em negrito destacam significância do teste com p-valor < 0,05.

5.5 Análise dos escores de adesão ao tratamento antirretroviral de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o CEAT-HIV

A tabela 14 apresenta os dados obtidos segundo medidas de tendência central, medidas de dispersão e medida para investigar a consistência do instrumento (média, mediana, desvio padrão, variância, valores mínimos e máximo e coeficiente *Alfa de Cronbach* (α), dos escores das seis dimensões da adesão a TARV, de acordo com o CEAT-HIV.

Verifica-se que a dimensão que apresenta maior valores médio foi: Crenças pessoais e Expectativa sobre o tratamento, com (20,05), enquanto que as dimensões referente a Satisfação com o tratamento e Comunicação médico- paciente, apresentam menores médias, com (8,30) e (12,08) respectivamente. Quanto a consistência interna para cada dimensão, obteve-se um *Alfa de Cronbach* (α) maior que 0,70 apenas nas dimensões: Cumprimento com o tratamento e Antecedente de não adesão, porém no que se refere ao escore global de adesão, obteve-se um α de 0,79.

Tabela 14- Medidas descritivas das dimensões do CEAT-HIV dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids (n=76). João Pessoa-PB, 2019.

| <i>Medidas</i> | <i>Cumprimento com o tratamento</i> | <i>Antecedente de não adesão</i> | <i>Comunicação médico-paciente</i> | <i>Crenças e expectativa sobre o tratamento</i> | <i>Satisfação com o tratamento</i> | <i>Adesão global</i> |
|------------------------------|-------------------------------------|----------------------------------|------------------------------------|---|------------------------------------|----------------------|
| <i>Média</i> | 12,30 | 18,06 | 12,08 | 20,05 | 8,30 | 70,80 |
| <i>I.C* a 95%</i> | (11,64 ; 12,97) | (17,40;18,73) | (11,57;12,58) | (19,56;20,55) | (7,98;8,63) | (68,90;72,71) |
| <i>Mediana</i> | 13,00 | 19,00 | 12,00 | 21,00 | 9,0 | 74,00 |
| <i>Desvio Padrão</i> | 2,92 | 2,9 | 2,21 | 2,16 | 1,41 | 8,34 |
| <i>Coefficiente Variação</i> | 23,74 | 16,06 | 18,29 | 10,77 | 16,99 | 11,78 |
| <i>Mínimo</i> | 4,00 | 9,00 | 4,00 | 10,00 | 4,00 | 40,00 |
| <i>Máximo</i> | 15,00 | 20,00 | 15,00 | 24,00 | 10,00 | 81,00 |
| <i>(α) Alfa de Crombach</i> | 0,71 | 0,72 | 0,43 | 0,18 | 0,17 | 0,79 |
| <i>Percentil 85</i> | 15,00 | 20,00 | 14,00 | 22,00 | 10,00 | 77,45 |

*I.C= Intervalo de confiança

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

5.6 Correlação entre os domínios da qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo a adesão a terapia antirretroviral, a partir de escores das dimensões do CEAT-HIV.

Os coeficientes de correlação entre os escores dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref* e os escores das dimensões do CEAT-HIV estão apresentados na tabela 15. De acordo com os resultados referentes ao coeficiente de correlação de *Spearman*, observa-se que existe uma correlação significativa entre as dimensões, Antecedentes de não adesão, Satisfação com o tratamento e todos os domínios do WHOQOL-HIV-*Bref*, com ($p < 0,05$).

Referente as dimensões Cumprimento com o tratamento e Crenças e expectativa sobre o tratamento, o domínio que não apresentou diferença significativa, foi Relações sociais ($p = 0,124$) e ($p = 0,082$) respectivamente.

Com relação à dimensão Comunicação médico-paciente, a diferenças significativa foi observada no domínio Meio ambiente ($p = 0,010$) e Relações sociais ($p = 0,037$).

Tabela 15- Coeficiente de correlação de *Spearman* entre domínios de WHOQOL-HIV *Bref* e as dimensões da Escala de adesão ao tratamento antirretroviral-CEAT. João Pessoa-PB, 2019.

| Escala de adesão – CEAT HIV | Domínios do WHOQOL- HIV- <i>Bref</i> | | | | | |
|---|--------------------------------------|--------------------|------------------------|--------------------|--------------------|---------------------------------|
| | Físico | Psicológico | Nível de independência | Relações sociais | Meio ambiente | Espiritualidade/Religião/Crença |
| Cumprimento com o tratamento | 0,280 ^b | 0,251 ^b | 0,395 ^b | 0,178 | 0,292 ^b | 0,308 ^b |
| p-valor | 0,014 | 0,029 | 0,000 | 0,124 | 0,010 | 0,007 |
| Antecedente de não adesão | 0,474 ^c | 0,293 ^b | 0,298 ^b | 0,354 ^b | 0,380 ^b | 0,442 ^c |
| p-valor | 0,000 | 0,010 | 0,009 | 0,002 | 0,001 | 0,000 |
| Comunicação médico paciente | 0,187 | 0,139 | 0,102 | 0,240 ^b | 0,294 ^b | -0,086 |
| p-valor | 0,106 | 0,232 | 0,381 | 0,037 | 0,010 | 0,462 |
| Crenças e expectativas sobre o tratamento | 0,418 ^c | 0,322 ^b | 0,469 ^c | 0,200 | 0,300 ^b | 0,302 ^b |
| p-valor | 0,000 | 0,005 | 0,000 | 0,082 | 0,008 | 0,008 |
| Satisfação com o tratamento | 0,286 ^b | 0,302 ^b | 0,367 ^b | 0,302 ^b | 0,373 ^b | 0,252 ^b |
| p-valor | 0,012 | 0,008 | 0,001 | 0,008 | 0,001 | 0,028 |

Correlação de Spearman significativa: Valores em negrito destacam significância do teste com p-valor < 0,05.

a- correlação ausente ou muito fraca 0,00 – 0,19; **b-** correlação fraca 0,20 – 0,39; **c-** correlação moderada 0,40 – 0,59; **d-** forte 0,60 – 0,79 forte; **e-** muito forte 0,80 – 1,00.

A média dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref*, foram comparadas de acordo com a classificação da adesão ao tratamento antirretroviral (adesão adequada/estrita e adesão insuficiente) pelo instrumento CEAT-HIV, estando disposto na tabela 16. Observa-se que o teste aplicado (*Mann Whitney*) houve diferença significativa em todos os seis domínios (Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações sociais, Meio ambiente e Espiritualidade/Religião/Crença) uma vez que em todos os domínios o p-valor <0,05. Em todos os domínios, a média dos escores foi maior nos indivíduos que possuem adesão adequada/estrita ao tratamento, o que demonstra que esses indivíduos apresentam melhor qualidade de vida.

Para os indivíduos com adesão adequada/estrita, os domínios com maiores escores médios foram: físico (88,60), espiritualidade/religião (78,31) e psicológico (77,94). Entre os que apresentam adesão insuficiente, os domínios com maiores escores médios foram: físico (70,55), relações sociais (63,88) e psicológico (62,54). Tanto para os indivíduos com adesão estrita/adequada quanto para os indivíduos com adesão insuficiente, o domínio com menor escore médio foi o meio ambiente, com (73,71) e (56,57) respectivamente (tabela 16).

Tabela 16- Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref*, segundo a classificação da adesão ao tratamento antirretroviral pelo CEAT-HIV em PVHA. João Pessoa-PB, 2019.

| Domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> | CEAT- HIV | | p-valor |
|--|-------------------------|---------------------|--------------|
| | Adesão adequada/estrita | Adesão insuficiente | |
| Físico | 88,60 | 70,55 | 0,001 |
| Psicológico | 77,94 | 62,54 | 0,001 |
| Nível de independência | 74,63 | 59,96 | 0,000 |
| Relações sociais | 74,26 | 63,88 | 0,028 |
| Meio ambiente | 73,71 | 56,57 | 0,000 |
| Espiritualidade/Religião/Crença | 78,31 | 61,02 | 0,008 |

Teste de *Mann Whitney* (comparação de duas amostras independentes: Valores em negrito destacam significância do teste com p-valor < 0,05).

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

De acordo com o resultado da tabela 17, referente ao coeficiente de correlação de *Spearman* entre os escores dos domínios do instrumento WHOQOL-HIV *Bref* e o escore total do questionário de adesão ao tratamento antirretroviral CEAT, o escore total do CEAT apresentou correlação de *Spearman* significativa em todos domínios (p<0,05). Demonstrando que existe correlação entre qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral.

Quanto à força de correlação, entre as médias do WHOQOL-HIV *Bref* e a medida geral da adesão ao tratamento CEAT-HIV, observa-se correlação de intensidade moderada (0,40-0,59) entre as medidas dos domínios do nível de independência, meio ambiente e físico, enquanto que, os domínios relações sociais, espiritualidade/religião e psicológico, apresentam uma correlação fraca (0,20-0,39).

Tabela 17- Distribuição dos coeficientes de correlação entre domínios do WHOQOL-HIV *Bref* e a adesão global ao tratamento antirretroviral em PVHA. João Pessoa-PB, 2019.

| Domínios do WHOQOL-HIV <i>Bref</i> | CEAT HIV | |
|--------------------------------------|----------------------------|---------|
| | Coefficiente de correlação | p-valor |
| Físico | 0,469 ^c | 0,000* |
| Psicológico | 0,383 ^b | 0,001* |
| Nível de independência | 0,484 ^c | 0,000* |
| Relações sociais | 0,316 ^b | 0,005* |
| Meio ambiente | 0,474 ^c | 0,000* |
| Espiritualidade/Religiosidade | 0,371 ^b | 0,001* |

Correlação da *Spearman* significativa: (*) p-valor < 0,05.

a- correlação ausente ou muito fraca 0,00 – 0,19; **b-** correlação fraca 0,20 – 0,39; **c-** correlação moderada 0,40 – 0,59; **d-** forte 0,60 – 0,79 forte; **e-** muito forte 0,80 – 1,00.

Quanto à classificação da adesão ao tratamento antirretroviral, segundo o CEAT-HIV, 59 (77,63%) indivíduos apresentaram uma adesão insuficiente e apenas 17 (22,37%) apresentaram uma adesão adequada.

5.7 Desenvolvimento de um modelo estatístico para auxiliar na tomada de decisão, a partir do Modelo de regressão logística

As variáveis que apresentaram associação com a qualidade de vida conforme disposta na tabela 13, foram incluídas no modelo de regressão logística binária a fim de se estimar a razão de chance de modo independente para cada uma das variáveis. Após combinações por meio do método *stepwise* o ajuste final dos modelos foi gerado. Na regressão logística binária, sabe-se que a variável dependente assumirá apenas dois valores: 0 e 1, sendo o valor 1 (qualidade de vida boa) a característica de interesse da regressão.

A variável adesão global ao tratamento antirretroviral, foi incluída no modelo, dada a correlação da mesma com todos os domínios do WHOQOL-HIV *Bref* (Tabela 17).

Todas as médias dos escores foram dicotomizada, utilizando a mediana como referência, a fim de classificar os escores dos indivíduos como: qualidade de vida boa, quando esses escores são iguais ou estão acima da mediana, e qualidade de vida ruim quando os escores estão abaixo da mediana. Para cada domínio, um modelo de regressão logística foi gerado.

Vale lembrar que o primeiro teste para validar o modelo consiste no *Omnibus Test*, o qual testa a hipótese nula, onde todos os coeficientes são iguais a zero. No presente estudo, tal hipótese foi rejeitada em todos os domínios, apresentando p-valores $< 0,05$, portanto garante que as variáveis explicativas utilizadas no modelo podem calcular a probabilidade de ocorrência do desfecho.

Por fim, foi realizado o teste de *Hosmer and Lemeshow*, a fim de verificar a bondade do ajuste, o que permite comprovar se os modelos propostos podem explicar bem o que se investiga, devendo este teste, apresentar p-valor $> 0,05$. Nesse sentido, o presente estudo não rejeitou a hipótese nula de que não existem diferenças significativas entre os valores preditos e observados, apresentando p-valor $> 0,05$ em todos os modelos, sendo o (p-valor=0,369) para o modelo do domínio Físico, (p-valor=0,946) para o modelo do domínio Psicológico, (p-valor=0,933) para o modelo do domínio Nível de independência, (p-valor=0,807) para o modelo do domínio Relações sociais, (p-valor=0,864) para o domínio Meio ambiente e (p-valor=0,267) para o modelo do domínio Espiritualidade/religião/crença pessoal.

Os resultados obtidos nos modelos de regressão logística binária, reforçam a associação da adesão ao tratamento (variável adesão à TARV) com a qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, apresentando como a variável significativa em quase todos os domínios, exceto no domínio relações sociais. Na tabela 18 estão apresentados os modelos para cada domínio de qualidade de vida.

No domínio **físico**, observando-se os resultados da tabela 18, para adesão, temos evidência de que, quando um indivíduo apresenta uma adesão estrita/adequada, tem aproximadamente 6,2 vezes mais chance de apresentar uma qualidade de vida alta quando comparado com um indivíduo que possui adesão insuficiente, podendo esta chance ser de, no máximo, 32 vezes maior, com base no nível de confiança pré-estabelecido. Verificou-se ainda que há evidência de que um indivíduo que se encontra em internação apresenta uma diminuição de 83,5% na chance de apresentar uma qualidade de vida alta quando comparado a um indivíduo que não está internado, e esta diminuição pode ser de até 95,7%, com base no nível de confiança pré-estabelecido.

No domínio **psicológico**, observando-se os resultados da tabela 18, verificou-se que as principais variáveis apontadas pelo modelo foram: adesão, religião e categoria de exposição. As variáveis adesão e categoria de exposição não foram consideradas significantes, mas foram mantidas no modelo, uma vez que a presença de ambas fornece evidência para que a religião seja considerada significativa. Nesta direção, foi verificado que no que diz respeito à crença dos entrevistados, não houve diferenças significantes entre católicos, protestantes e espíritas. No entanto, quando comparada com o fato de um indivíduo não ter religião diminui em até 84% a chance do mesmo ter uma qualidade de vida alta, quando comparado com uma pessoa que tem alguma crença, podendo ser esta diminuição de até 95,1%.

No domínio **nível de independência**, observando-se os resultados da tabela 18, para sexo, temos evidência que um indivíduo do sexo masculino tem aproximadamente 18 vezes mais chance de apresentar uma qualidade de vida alta quando comparado com um indivíduo do sexo feminino, podendo esta chance ser de, no máximo, 292 vezes maior, com base no nível de confiança pré-estabelecido. Verificou-se ainda que há evidência de que um indivíduo que tem ao menos uma crença possui 36 vezes mais chance de apresentar uma qualidade de vida alta para este domínio quando comparado com um indivíduo que não possui nenhuma crença, e este aumento, pelo fato de ter uma crença, pode aumentar esta chance em até 1.016 vezes.

Em relação à adesão, um indivíduo que tem adesão ao tratamento possui aproximadamente 36 vezes mais chance de ter uma qualidade de vida alta neste domínio quando comparado a um indivíduo que não tem adesão, podendo ser esta chance ser de, no máximo,

409 vezes, com base no nível de confiança pré-fixado. A variável categoria de exposição não apresentou significância, porém esta, foi mantida no modelo para que as outras variáveis apresentassem evidência de significância no modelo.

No domínio **relações sociais**, observando-se os resultados da tabela 18, conforme evidenciado pelo teste qui-quadrado o modelo também não apresentou nenhuma variável que fosse significativa neste domínio.

No domínio **meio ambiente**, observando-se os resultados da tabela 18, para sorologia do parceiro, temos evidência que um indivíduo que possui parceiro com sorologia negativa possui aproximadamente 5 vezes mais chance de apresentar uma qualidade de vida alta quando comparado com um indivíduo que possui parceiro com sorologia positiva, podendo ser esta chance ser, no máximo, de até 19 vezes, com base no nível de confiança pré-estabelecido. Em relação à adesão, um indivíduo que tem adesão ao tratamento possui aproximadamente 22 vezes mais chance de ter uma qualidade de vida alta neste domínio quando comparado a um indivíduo que não tem adesão ao tratamento, podendo ser esta chance ser de, no máximo, 190 vezes, com base no nível de confiança pré-fixado.

No domínio **espiritualidade/religião/crença**, observando-se os resultados da tabela 18, para o sexo, temos evidências de que um indivíduo do sexo masculino apresenta aproximadamente, 4 vezes mais de chance de apresentar uma qualidade de vida alta quando comparado com indivíduos do sexo feminino, podendo ser essa chance no máximo, de aproximadamente até 16 vezes, com base no nível de significância pré-fixado.

Tabela 18- Resultado do ajuste final da regressão logística binária de acordo com as variáveis associadas aos domínios da qualidade de vida do WHOQOL-HIV *Bref.* João Pessoa-PB, 2019.

| VARIÁVEIS | OR* | p-valor | IC (95%) | |
|--|--------|--------------|----------|----------|
| | | | LI** | LS*** |
| DOMÍNIO FÍSICO | | | | |
| Adesão à TARV | | | | |
| Adesão insuficiente | 1 | | | |
| Adesão estrita/adequada | 6,254 | 0,029 | 1,202 | 32,536 |
| Internação | | | | |
| Não | 1 | | | |
| Sim | 0,165 | 0,009 | 0,043 | 0,632 |
| DOMÍNIO PSICOLÓGICO | | | | |
| Religião | | | | |
| Ter | 1 | | | |
| Não ter | 0,160 | 0,002 | 0,049 | 0,524 |
| Adesão à TARV | | | | |
| Adesão estrita/adequada | 1 | | | |
| Adesão insuficiente | 4,243 | 0,052 | 0,986 | 18,264 |
| DOMÍNIO NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA | | | | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 1 | | | |
| Masculino | 18,125 | 0,041 | 1,124 | 292,176 |
| Adesão à TARV | | | | |
| Adesão insuficiente | 1 | | | |
| Adesão estrita/adequada | 36,304 | 0,004 | 3,215 | 409,954 |
| Religião^(a) | | | | |
| Não ter | 1 | | | |
| Ter | 36,291 | 0,035 | 1,296 | 1016,325 |
| DOMÍNIO RELAÇÕES SOCIAIS | | | | |
| Sorologia do parceiro | | | | |
| Positivos | 1 | | | |
| Negativo | 1,983 | 0,304 | 0,537 | 7,328 |
| DOMÍNIO MEIO AMBIENTE | | | | |
| Sorologia do parceiro | | | | |
| Positivo | 1 | | | |
| Negativo | 4,801 | 0,024 | 1,226 | 18,800 |
| Em investigação | 3,333 | 0,117 | 0,739 | 15,031 |
| Adesão à TARV | | | | |
| Adesão estrita/adequada | 1 | | | |
| Adesão insuficiente | 21,947 | 0,005 | 2,533 | 190,165 |
| DOMÍNIO ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO/CRENÇA | | | | |
| Sexo | | | | |
| Feminino | 1 | | | |
| Masculino | 4,111 | 0,047 | 1,016 | 16,632 |

Fonte: Dados da pesquisa, 2019.

*Odds Ratio **Limite inferior *** Limite superior

^(a)Foi evidenciado apenas uma religião sendo significativa para este domínio, porém para não polemizar a fé que cada um professa, decidimos classificar em ter alguma religião.

Mediante a matriz de classificação de cada modelo de regressão logística gerado, conforme disposto na tabela 19, pode-se observar a sensibilidade, especificidade e o percentual de acerto (acurácia) de cada modelo de regressão logística binária gerado de acordo com cada domínio.

Tabela 19- Matriz de classificação dos modelos de regressão logística dos domínios do WHOQOL-HIV *Bref.* João pessoa-PB, 2019.

| Classificação do domínio físico | | | | |
|---|--------------------------|------------|-------------|------------------------------|
| Classificação da amostra | Qualidade de vida | Boa | Ruim | Percentual de acertos |
| | Boa | 11 | 18 | 37,9* |
| | Ruim | 2 | 42 | 95,5** |
| Percentual de acerto | | | | 72,6*** |
| Classificação do domínio psicológico | | | | |
| Classificação da amostra | Qualidade de vida | Boa | Ruim | Percentual de acertos |
| | Boa | 23 | 8 | 74,2* |
| | Ruim | 12 | 30 | 71,4** |
| Percentual de acerto | | | | 72,6*** |
| Classificação do domínio nível de independência | | | | |
| Classificação da amostra | Qualidade de vida | Boa | Ruim | Percentual de acertos |
| | Boa | 34 | 2 | 94,4* |
| | Ruim | 16 | 21 | 56,8** |
| Percentual de acerto | | | | 75,3*** |
| Classificação do domínio meio ambiente | | | | |
| Classificação da amostra | Qualidade de vida | Boa | Ruim | Percentual de acertos |
| | Boa | 22 | 12 | 64,7* |
| | Ruim | 10 | 29 | 74,4** |
| Percentual de acerto | | | | 69,9*** |
| Classificação do domínio espiritualidade/religião/crença | | | | |
| Classificação da amostra | Qualidade de vida | Boa | Ruim | Percentual de acertos |
| | Boa | 9 | 27 | 25,0* |
| | Ruim | 3 | 37 | 92,5** |
| Percentual de acerto | | | | 60,5*** |

*Sensibilidade **Especificidade ***Acurácia

5.8 Modelo Weight of Evidence –WoE (Peso de Evidência)

As variáveis que apresentaram associação com a qualidade de vida conforme disposta na tabela 18, foram incluídas no modelo a fim de se estimar o peso de evidência de modo independente para cada uma das variáveis.

Dado o exposto, esta medida foi ajustada para cada domínio do WHOQOL-HIV-Bref, de modo a identificar para cada domínio o grau de força de cada variável explicativa na explicação do desfecho. Os resultados são apresentados nas figuras 4 a 9 a seguir.

No domínio físico foi verificada evidência de que as seguintes variáveis são importantes para explicar a ocorrência de qualidade de vida boa: Adesão a TARV e internação (muito forte), religião e escolaridade (forte/média) e sorologia do parceiro e categoria de exposição (fraca). Estas informações podem ser verificadas na figura 4.

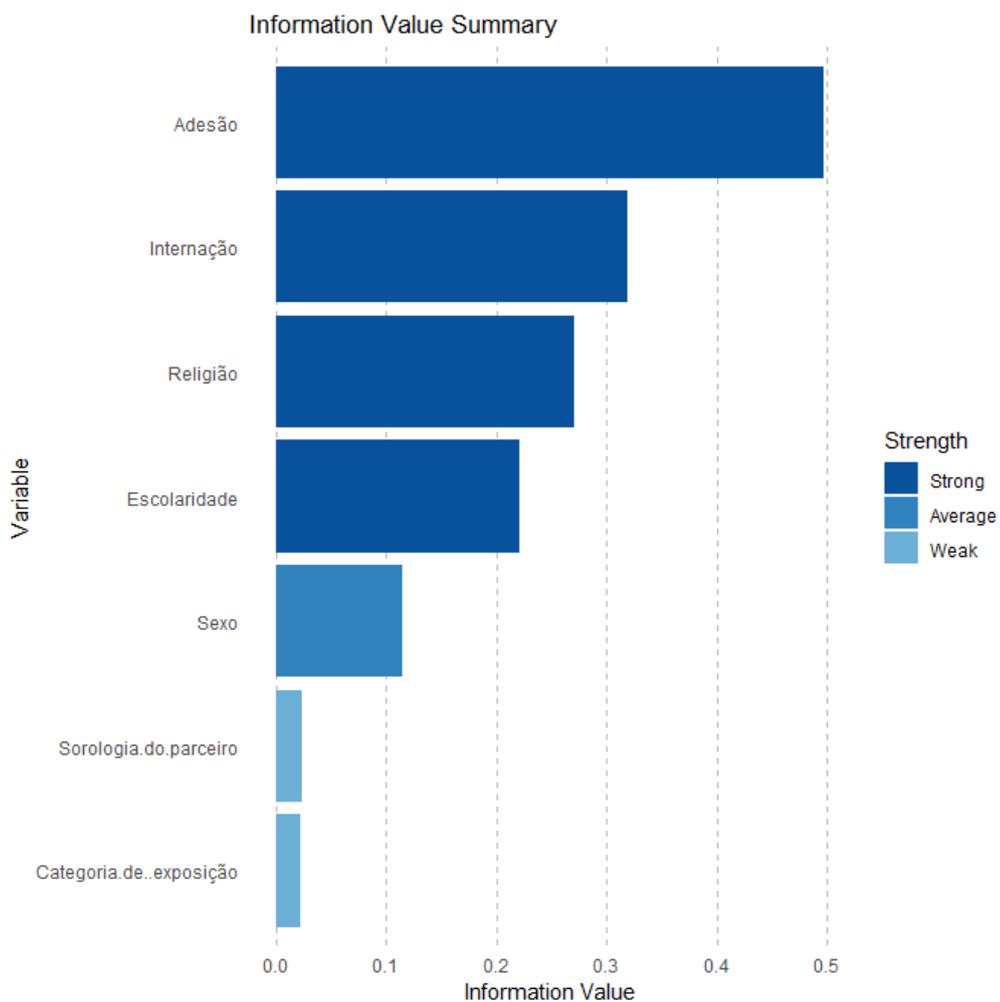


Figura 4: Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio físico

No domínio psicológico foi verificada evidência de que as seguintes variáveis são importantes para explicar a ocorrência de qualidade de vida boa: Religião e adesão a terapia antirretroviral (muito forte/suspeito), sorologia do parceiro e escolaridade (forte/média), categoria de exposição e sexo (fraca) e internação (não preditiva). Estas informações podem ser verificadas na figura 5.

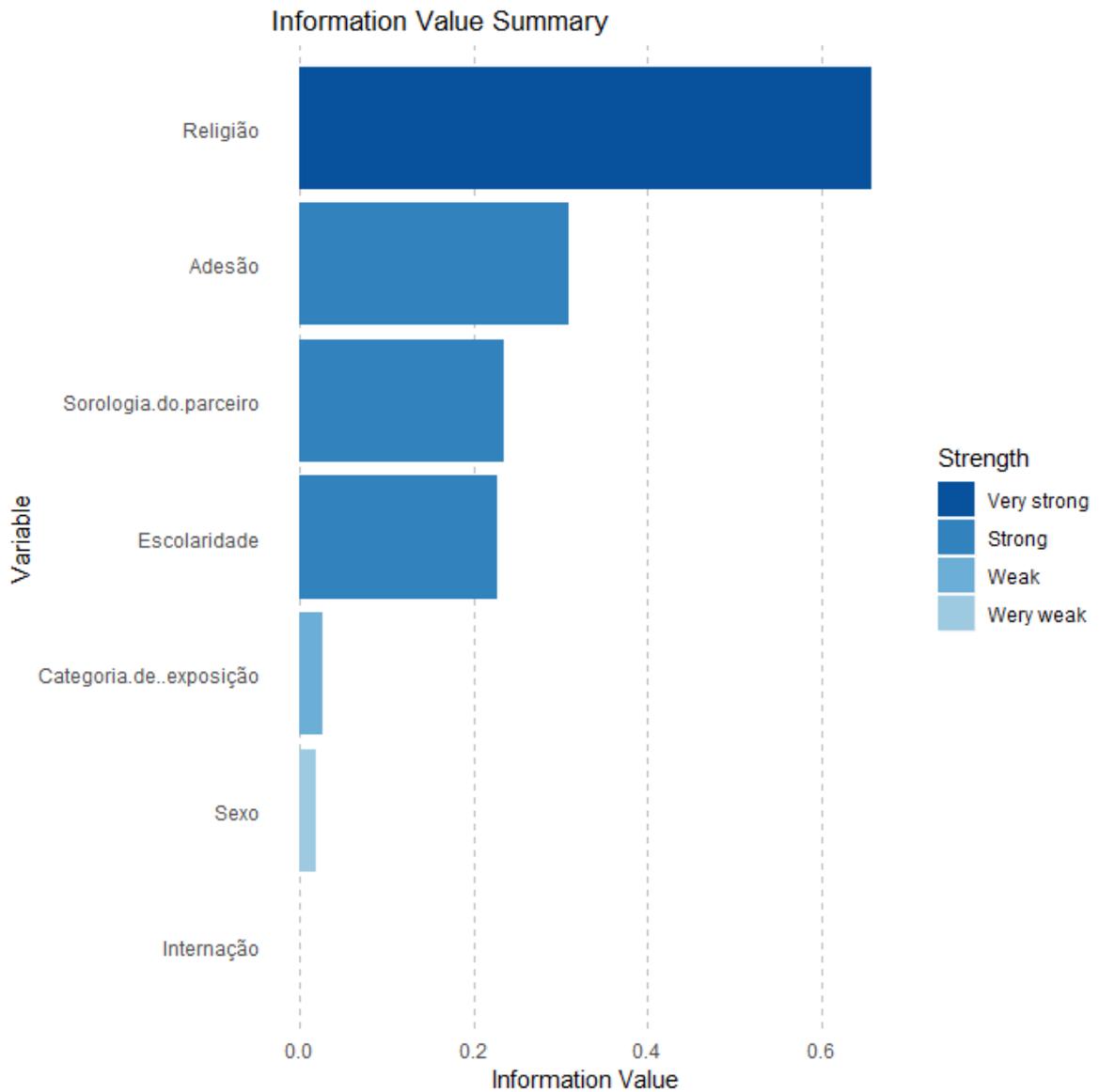


Figura 5: Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio psicológico

No domínio nível de independência foi verificada evidência de que as seguintes variáveis são importantes para explicar a ocorrência de qualidade de vida boa: Adesão a terapia antirretroviral, religião e sexo (muito forte/suspeito), escolaridade (forte/médio), escolaridade (médio/forte), sorologia do parceiro (fraca) e categoria de exposição e internação (não preditiva). Estas informações podem ser verificadas na figura 6.

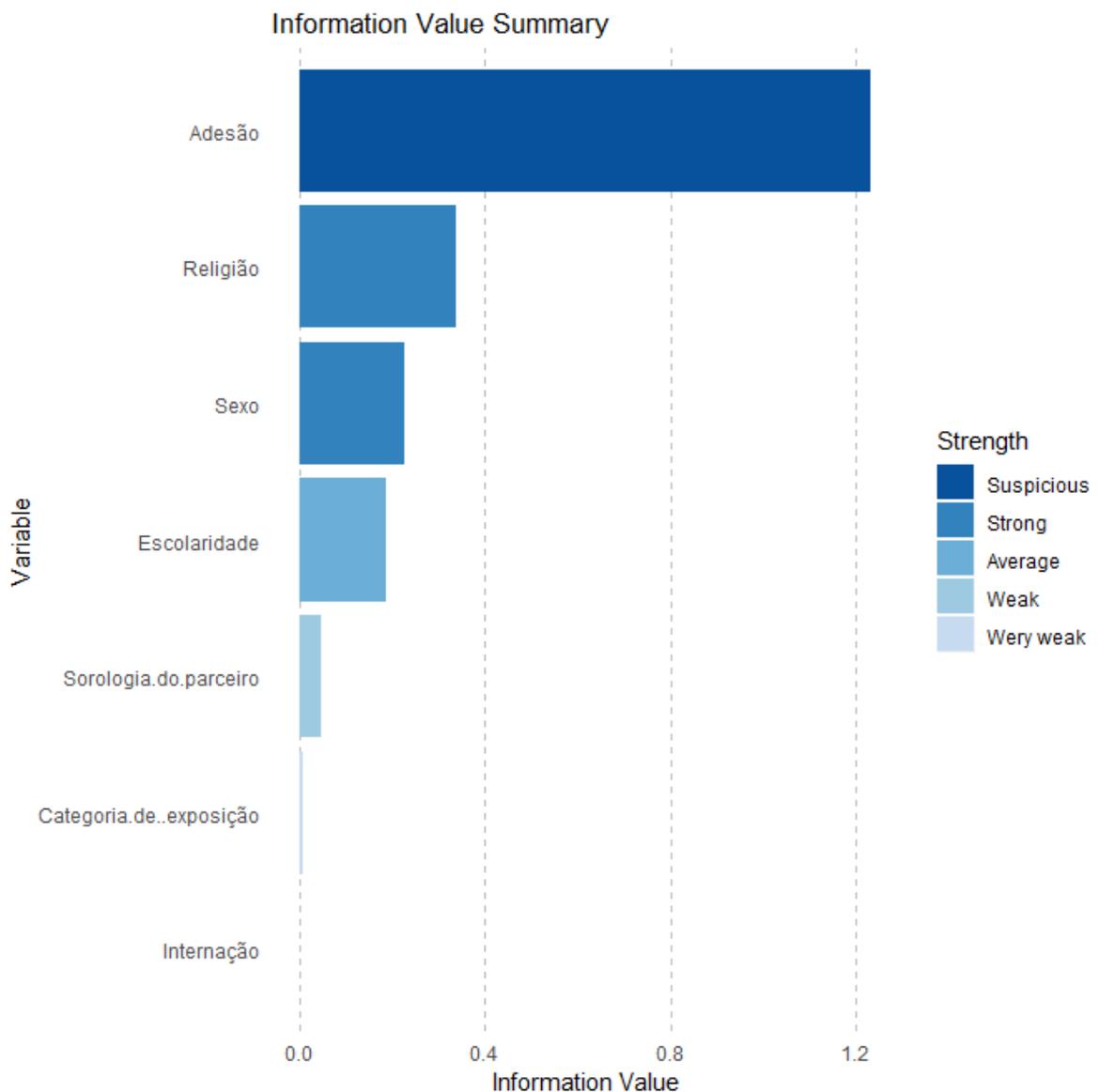


Figura 6: Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio nível de independência

No domínio **relações sociais** foi verificada evidência de que as seguintes variáveis são importantes para explicar a ocorrência de qualidade de vida boa: Escolaridade, adesão a terapia antirretroviral, sorologia do parceiro e religião (forte/médio), internação e sexo (fraca) e categoria de exposição (não preditiva). Estas informações podem ser verificadas na figura 7.

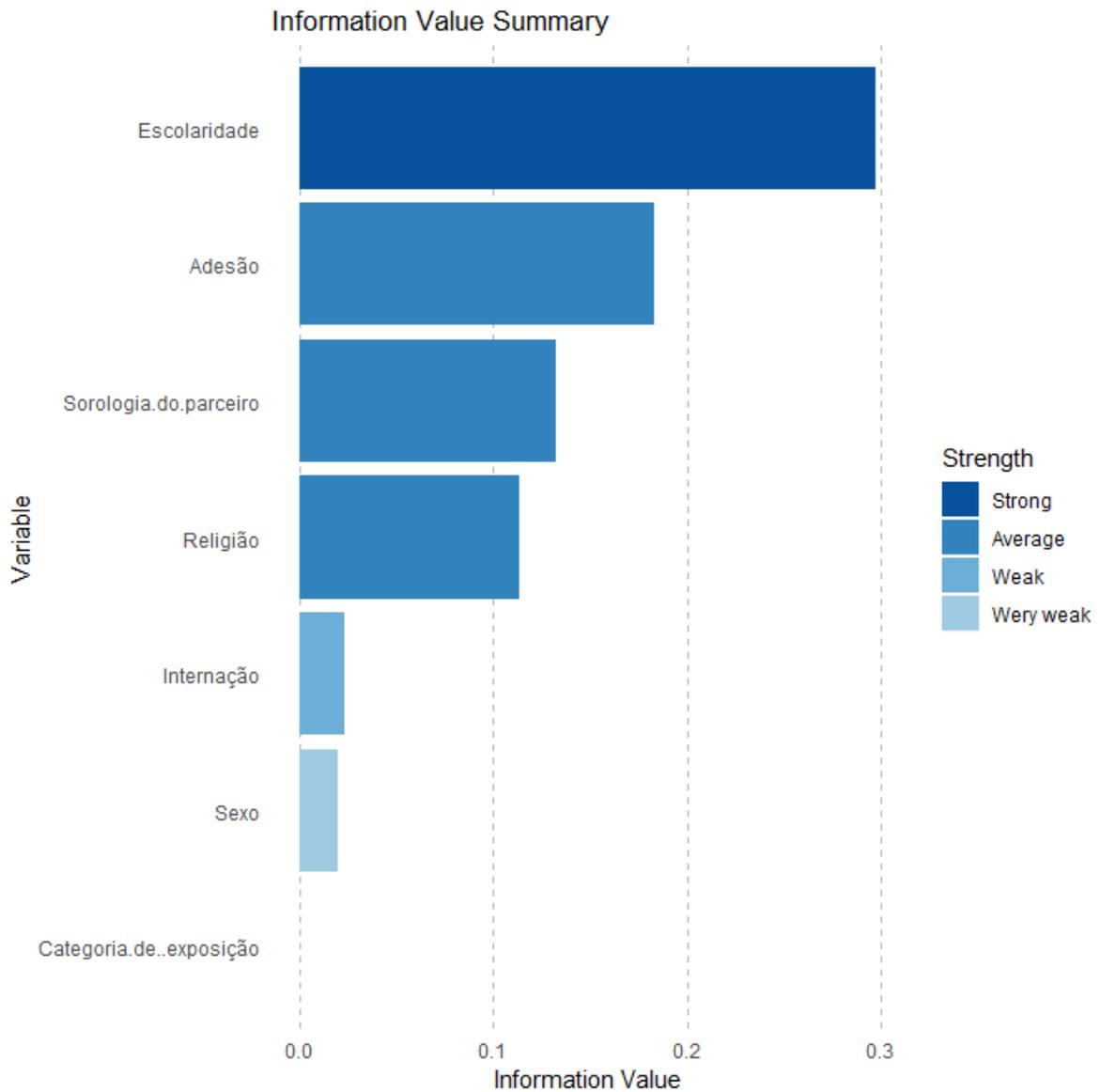


Figura 7: Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio relações sociais

No domínio meio ambiente foi verificado evidência de que as seguintes variáveis são importantes para explicar a ocorrência de qualidade de vida boa: Adesão a terapia antirretroviral, escolaridade e religião (muito forte/suspeita), sorologia do parceiro e sexo (forte/média) e categoria de exposição e internação (fraca). Estas informações podem ser verificadas na figura 8.

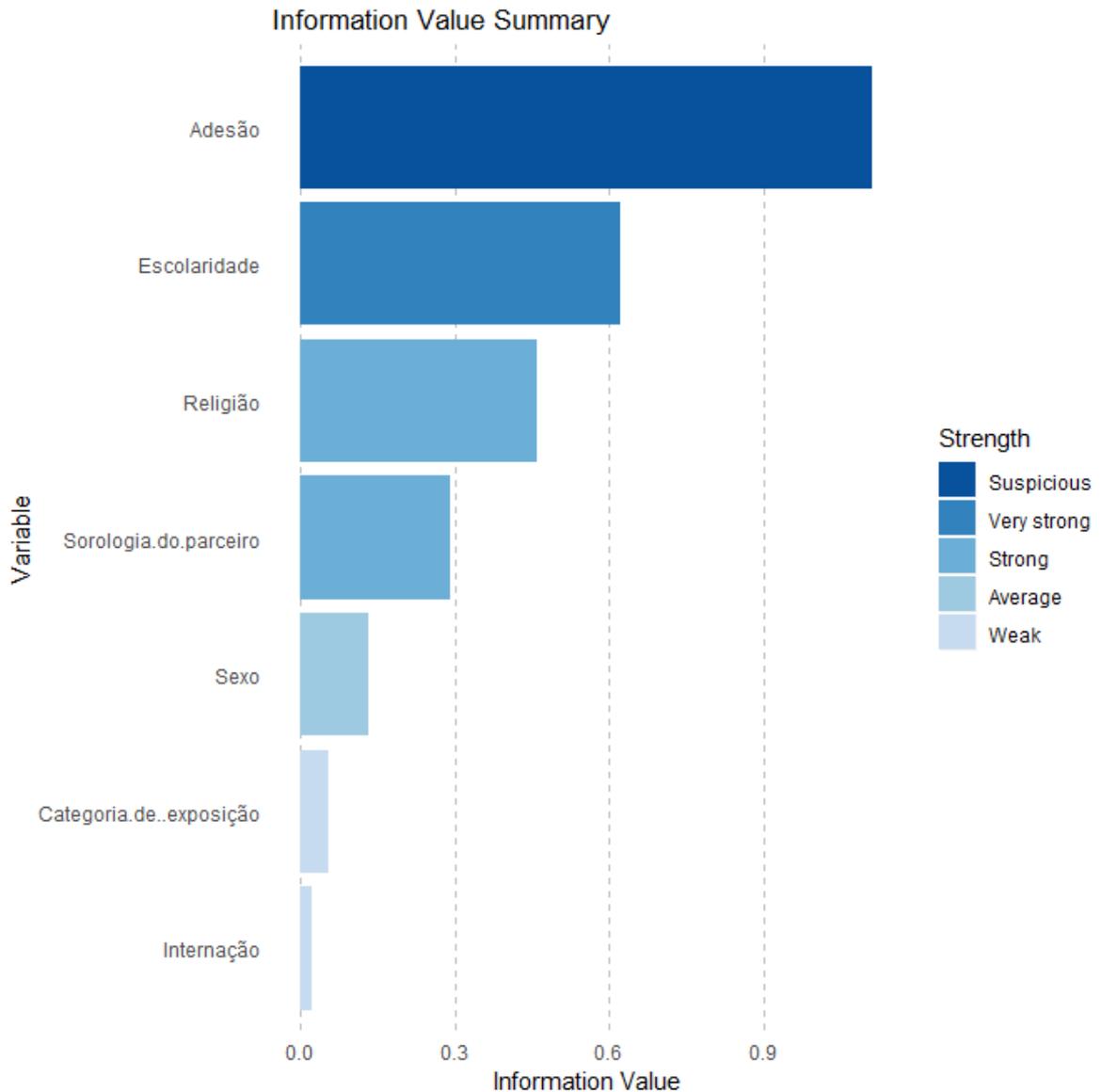


Figura 8: Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio meio ambiente

No domínio **espiritualidade/religião/crença** foi verificado evidência de que as seguintes variáveis são importantes para explicar a ocorrência de qualidade de vida boa: Adesão a terapia antirretroviral e sexo (muito forte/médio), escolaridade, categoria de exposição, religião e sorologia do parceiro (fraca) e internação (não preditiva). Estas informações podem ser verificadas na figura 9.

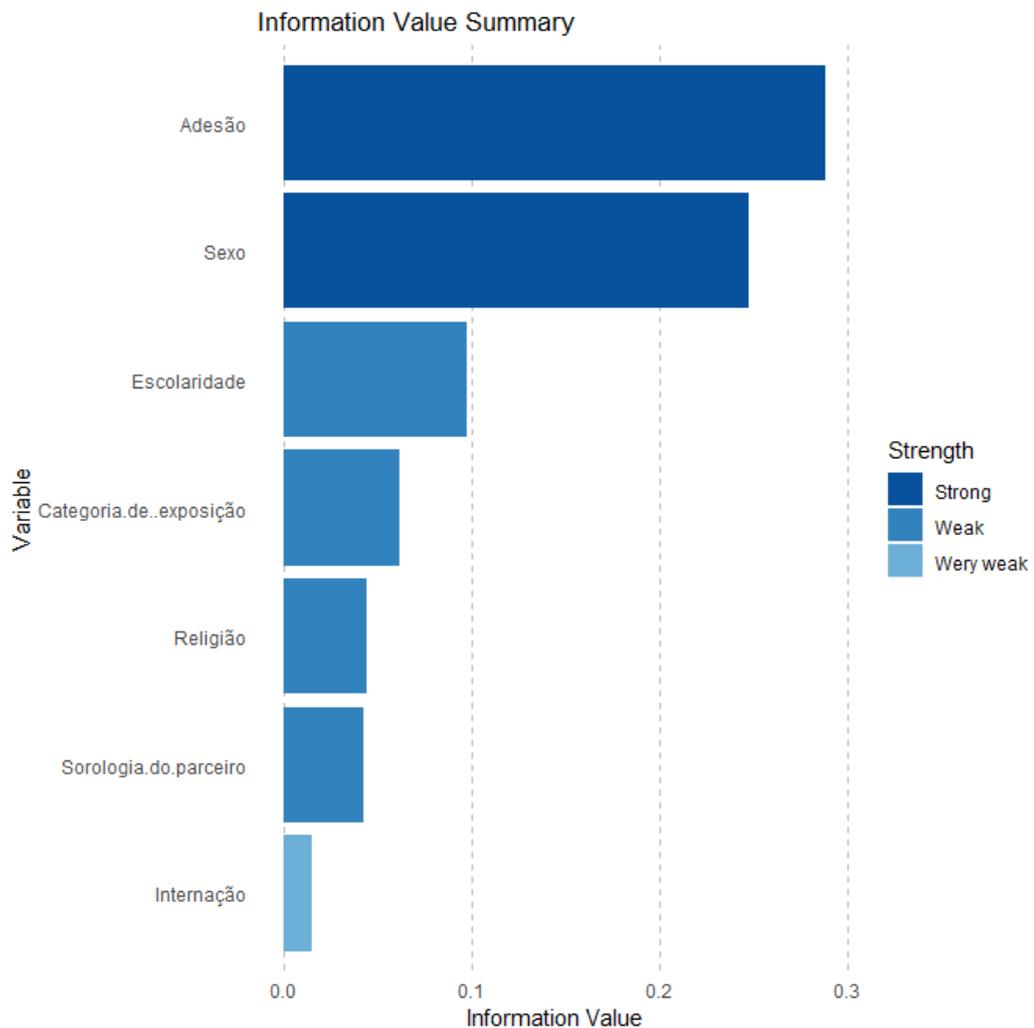


Figura 9: Valor de informação para avaliação da ocorrência de qualidade de vida boa no domínio espiritualidade/religião/crença

6 DISCUSSÃO

Na discussão do estudo, buscou-se sempre que possível, confrontar os resultados com a literatura pertinente e atual no sentido de consolidar os resultados. Para tanto, a discussão dos dados refere-se à caracterização de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids quanto aos aspectos sociodemográfico, afetivo-sexual e clínico, bem como quanto a associação dessas variáveis com a qualidade de vida segundo o WHOQOL-HIVBref e sua associação com a adesão a terapia antirretroviral-CEAT-HIV e por fim investigar a qualidade de vida da população estudada e os fatores explicativos sob a ótica de dois modelos de decisão.

6.1 Caracterização de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo as variáveis sociodemográficas, clínicas e saúde sexual.

Analisar o perfil sociodemográfico de uma população é de suma importância para o planejamento, elaboração e implementação de políticas públicas e sociais efetivas, capazes de atender às necessidades do indivíduo, e a partir de estratégias efetivas, proporcionarem, no caso os adolescentes e adultos jovens que vivem com HIV/aids, dignidade, de forma que possa suprir suas necessidades, psicológicas, física, sociais, amparo e sobretudo, qualidade de vida. Desse modo, a seguir, serão discutidos os aspectos que envolvem o perfil sociodemográfico nesta população.

Nos resultados do presente estudo, foi possível identificar que houve predominância do sexo masculino (84,21%), na faixa etária de 22 a 24 anos (52,63%). No que se refere ao sexo, de acordo com o Boletim Epidemiológico do MS (2018) o número de casos diagnosticados de HIV/aids é maior entre os homens, corroborando os dados encontrados neste estudo. Achados epidemiológicos a nível nacional, destaca o crescimento da infecção pelo HIV em adolescentes e jovens, apontando um aumento da prevalência da doença na população adulto jovem, de 20 a 24 anos. Entre os homens, este agravo, é superior em todo o período, chegando a ser três vezes maior do que entre mulheres a partir de 2015 (BRASIL, 2019d; BRASIL, 2018a). No entanto a literatura faz menção do aumento do número de casos entre mulheres infectadas pelo vírus em todo o mundo, caracterizando a feminização da infecção (ABREU *et al.*, 2016; TAQUETTE; RODRIGUES; BORTOLOTTI, 2015).

Diante desses resultados, ressalta-se a importância no investimento em ações que sejam capazes de atrair o público masculino para os serviços de saúde, primordialmente para aqueles

que tenham enfoque preventivo, como a estratégia saúde da família e centros de saúde que atuam na prevenção e controle da infecção pelo HIV/aids, de forma a incentivar entre os mesmos, a cultura do autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis.

Alguns estudos entre adolescentes e jovens, como o de Oliveira *et al.* (2017) e o de Pereira *et al.* (2014) apontam que os adultos jovens, entre 20-24 anos representam uma das faixas etárias de maior prevalência da infecção pelo HIV, o que vem a corroborar também o presente estudo. Araújo *et al.* (2012), afirmam que este fato pode estar relacionado, a possível contato com o vírus, na fase da adolescência, etapa da vida na qual iniciam-se comportamentos sexuais, que possivelmente perduram por toda vida. Isto evidencia a importância de direcionamento de estratégias de proteção, prevenção e controle da infecção pelo HIV e aids para população adolescente e jovem, especialmente entre 13-24 anos.

Quanto ao estado civil observa-se que, a maioria dos entrevistados são solteiros (73,68%). Essa característica também se assemelha com outros estudos que investigam o perfil sociodemográfico nesta população, apresentando o estado civil solteiro sendo o mais prevalente (AMARAL, 2017; SILVA *et al.*, 2016; FERREIRA *et al.*, 2015). Acredita-se que a maior frequência de solteiros na presente análise dá-se pela baixa idade dos sujeitos da pesquisa, uma vez que nos dias atuais a união civil tende a ocorrer tardiamente (VIEIRA; ALVES, 2016). Cabe ressaltar a associação significativa neste estudo entre situação conjugal estável entre jovens do sexo feminino. Esse achado está de acordo com alguns estudos que citam os fenômenos de feminização e heterossexualização da epidemia, visto que mulheres com união estável/casadas designam confiança no parceiro, deixando de usar preservativo ou fazem uso de forma descontinuada (ABREU *et al.*, 2016; BRITO *et al.*, 2014; PEREIRA *et al.*, 2014).

Esse dado merece destaque, por demonstrar o impacto que características sociodemográficas pode ter na expansão da infecção em determinados grupos, evidenciando assim, a influência do contexto social sobre a maneira em que o indivíduo se expõe ao problema. Dessa forma, o estado civil, constitui-se aspecto relevante para o planejamento e a execução de ações que visem redução de vulnerabilidades ao HIV/aids.

Abordando o aspecto crença religiosa, contrariamente a este estudo, onde a metade dos entrevistados referiram não ter crença religiosa (50%), outros estudos como o de Silva (2013a) realizado no mesmo contexto que este estudo, revelou que, a maioria dos participantes declarou ter religião católica (60,5%) e apenas (7%) referiram não ter crença religiosa. Nessa perspectiva estudos apontam que, apresentar alguma crença religiosa representa aspecto importante quando aborda questões de qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids, auxiliando de modo

satisfatório no enfrentamento de doença, contribuindo para uma sensação de conforto (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008).

No entanto, um estudo recente, que investigou o perfil espiritual de pacientes com HIV/AIDS revela que a ausência da religião foi marcante (68,8%) na população vivendo com HIV/aids (SILVA, 2019) o que vem corroborar esse estudo. Para Silva (2019) a condição de ser soropositivo envolve alguns determinantes como, sexualidade, experiências de vida, profissão de fé, crença em Deus (es), ateísmo, condição social entre outros. Dentre estes, o campo religioso seria talvez a área mais complicada do estabelecimento de relação com o portador do HIV/aids, não se referindo a divindade, mas a instituição religiosa.

Apesar da ausência de religião, a religiosidade é utilizada como forma de fortalecimento do indivíduo no enfrentamento das fragilidades decorrentes da doença, porém, pacientes que se diziam “sem religião, mas que acreditavam em Deus”, buscavam nele fonte de força, conforto e esperança no enfrentamento do HIV/aids (PINHO *et al.*, 2017).

No que concerne a distribuição racial nos participantes do estudo, constata-se alto percentual de indivíduos autodeclarados na raça/cor parda (57,89%), dados estes que revalidam com os registros do SINAN, o que identifica que no âmbito nacional, considerando a cor negra (pretos e pardos) corresponde a 52,9 % (sendo essa proporção estratificada em 11,4% e 41,5% respectivamente) das notificações, o que representa um aumento nos últimos dez anos de 33,5% em quanto que a cor branca observou-se uma queda de 20,9% na proporção de casos no mesmo período (BRASIL, 2018a).

Em relação a variável escolaridade identificou-se que o presente estudo apresenta tendências nacionais, onde a maioria possui ensino médio completo (28,95%), uma vez que a nível nacional a maioria das PVHA possuem ensino médio completo, representando (27,5%) do total de casos (BRASIL, 2018a). No entanto, alguns estudos divergem dos resultados desta pesquisa, indo de encontro com tendências da doença em relação a pauperização, representada pela baixa escolaridade, baixo poder aquisitivo e do fator potencializador da vulnerabilidade (GÓIS *et al.*, 2017; ABREU *et al.*, 2016).

Na presente investigação, a categoria de exposição predominante para aquisição do HIV/aids foi a via sexual (89,47%). Esse perfil ratifica o perfil nacional assim como com outros estudos, onde a via sexual é a principal categoria de exposição, chamando atenção a alta frequência do uso descontinuado do preservativo durante as relações sexuais (BRASIL, 2018a; OLIVEIRA *et al.*, 2017; PEREIRA, 2014).

Segundo Sousa (2014) a transmissão do HIV está associada a carga viral (CV). A investigação da CV com intervenção adequada no sentido de diminuí-la, pode constituir uma

das estratégias para a quebra na cadeia de transmissão. As evidências científicas já indicam a baixa transmissibilidade do HIV por via sexual quando uma pessoa HIV positiva está em uso da TARV há mais de seis meses, apresenta carga viral indetectável e não tem nenhuma outra IST (BRASIL, 2018e; BAETEN *et al.*, 2016).

Em relação ao tempo diagnóstico conhecido, esta investigação aponta que a maioria dos entrevistados apresentam diagnóstico recente, há menos de seis meses (25%), o que demonstra um crescimento constante da infecção pelo HIV na população adolescente e jovem, como apresentado no Boletim epidemiológico do MS (BRASIL, 2018a) e possuíam bons parâmetros clínicos, observado pela taxas de linfócitos T-CD4 e CV, onde uma parcela representativa (53,39%) apresenta taxas de linfócitos T-CD4 ≥ 500 células/mm³ e carga viral indetectável (63,16%). Esses achados vão na mesma direção de outros estudos que exprimem conotações na mesma ordem porém referem de forma contrária, em que diagnósticos tardios reflete em doença avançada e com pior prognóstico, apresentando assim, baixos índices de LT-CD4+ (ZANCANRO *et al.*, 2017; AFARAY, *et al.*, 2016).

À luz dessa reflexão, um diagnóstico precoce, favorecem alguns aspectos exitosos como: intervenções apropriadas e início do tratamento, o que reflete em bons parâmetros clínicos. A ênfase no diagnóstico precoce decorre do fato de que, uma vez descoberto a soropositividade, os benefícios do tratamento possibilitam melhores prognósticos e qualidade de vida aos usuários (BRASIL, 2018b).

Justamente por esse motivo, o MS implantou o Novo Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas de Adultos com HIV/aids, para que todos as pessoas vivendo com HIV/aids sejam tratados independentemente da CV e células TCD4+, na perspectiva de redução da morbimortalidade e da transmissibilidade do HIV e impacto na redução da tuberculose (BRASIL, 2018b).

Com a contagem desses biomarcadores, é possível avaliar o grau de comprometimento do sistema imune e a recuperação da resposta imunológica com o tratamento adequado, além de definir o momento de interromper as profilaxias para as infecções oportunistas (BRASIL, 2018b). Atualmente, o foco do monitoramento laboratorial da CV-HIV em pacientes em uso de TARV, para avaliar a eficácia da TARV, é detectar precocemente a falha virológica, caracterizada por dois exames sequenciais de carga viral detectáveis.

Neste estudo a maioria dos sujeitos investigados é autodeclarado homossexual (42,11%), sendo uma grande parcela bissexual, dados condizentes com o cenário nacional, registrados no SINAN, onde 59,4% dos casos foram decorrentes de exposição homossexual ou bissexual (BRASIL, 2018a). No Brasil a epidemia de HIV/aids está concentrada em segmentos

populacionais que representa o maior número de novos casos, como gays e HSH, pessoas transexuais e profissionais do sexo (BRASIL, 2015b). O aumento dos índices de infecção pelo HIV entre homossexuais e bissexuais tem sido apontado por vários estudiosos, o que sugere susceptibilidade, em especial entre indivíduos jovens (BRASIL, 2013b).

Apesar dessa tendência de aumento do número de casos nesse grupo nos últimos anos, alguns estudos na população adolescente e jovem divergem desses resultados, demonstrando que entre heterossexuais houve uma predominância da infecção (OLIVEIRA *et al.*, 2017; AMARAL *et al.*, 2017; PEREIRA *et al.*, 2014).

O fenômeno de masculinização da infecção pelo HIV é constatado principalmente na população HSH, que em muitos países, apresenta maiores taxas em comparação a outros grupos considerados vulneráveis. Porém, no Brasil, estima-se uma prevalência de 4,3% na população de HSH na faixa etária de 18 a 24 anos. Quando comparado a população jovem, a chance de um HSH infectar-se pelo HIV chega a ser treze vezes maior (BRIGNOL, 2015).

É notório o quão grande é a vulnerabilidade com que esses adolescentes e adultos jovens estão expostos, percebido ao analisar os dados dessa investigação, onde uma parcela significativa relata não informar o seu estado sorológico ao companheiro (35,53%) ao mesmo tempo em que, dentre os que conhecem o estado sorológico do companheiro (60,52%) a maioria afirma que seus parceiros não são portadores do vírus, ou seja, são sorodiscordantes, somando-se aos que desconhecem, um terço desses indivíduos, relatam uso do preservativo de modo descontinuado (32,89%), ou seja, utilizam as vezes o preservativo por iniciativa própria e outra parcela relatam não fazer uso do preservativo (10,53%), mesmo sabendo da sua condição como portador do vírus HIV.

Diante desta conjuntura, em relação ao exercício da sexualidade, especificamente o que diz respeito às práticas sexuais, alguns estudos exprimem comportamentos de risco semelhante, onde o uso consciente do preservativo como medida de proteção ainda é uma realidade distante por boa parte desta população, apresentando baixa proporção na utilização (AMARAL *et al.*, 2017; NASCIMENTO; CAVALCANTE; ALCHIERI, 2017; PEREIRA *et al.*, 2014).

No sentido de aumentar a proteção e minimizar o risco de transmissão da infecção pelo HIV outras medidas são disponibilizadas como o uso da PrEP, onde no Brasil, sua dispensação está inserida nos serviços especializados ao atendimento as pessoas vivendo com HIV/aids.

A relevância dessa estratégia reside no fato de que a PrEP está fortemente amparada por estudos clínicos e em subpopulações (gays, HSH, trans e profissionais do sexo) que sustentam e defendem essa medida como sendo segura, eficaz, efetiva e de grande impacto na transmissão da infecção. Como pode-se observar em estudos como IPrEX que avaliou o uso da PrEP em

HSH e mulheres trans, a redução da incidência do HIV foi de 95%, no estudo Bangkok que investiga o impacto dessa medida em UDI, mostrou uma redução de 49% no risco de infecção por HIV, e no estudo IPERGAY, com uso da medicação antes e após a exposição, observou-se redução de 86% no risco de aquisição do HIV, mesmo com uso reduzido mensal de comprimidos. Em casais sorodiscordantes heterossexuais, a PrEP também se mostrou eficaz, com redução de 75% no risco de infecção por HIV no estudo *Partners PrEP*, tendo a eficácia mais elevada entre homens com (86%) do que entre mulheres com (66%) (BRASIL, 2018e).

Diante das circunstâncias analisadas acima, referentes ao comportamento sexual de adolescentes e adultos jovens, denunciam a necessidade de intervenções e planejamento de ações preventivas, inserindo as famílias, as escolas e os serviços de saúde no que diz respeito ao exercício da sexualidade, especificamente no que concerne às práticas sexuais propriamente ditas, no sentido de que conheçam métodos de prevenção e que possam usá-los, evitando exporem-se aos riscos que o sexo desprotegido ocasionam.

A política brasileira entende que nenhuma medida isolada de prevenção é suficiente para reduzir o risco da infecção pelo HIV e que diferentes fatores de risco operam, de forma dinâmica, em condições sociais, econômicas, políticas e culturais. Sendo assim, transpor barreiras e ofertar uma maior diversidade de opções que oriente suas decisões, tem como princípio norteador, a garantia dos direitos humanos e o respeito à autonomia do indivíduo. Para isto, a prevenção combinada possibilita a combinação de métodos preventivos com capacidade de escolha para cada indivíduo, sem excluir ou sobrepor um método a outro (BRASIL, 2018e).

6.2 Qualidade de vida de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, segundo o WHOQOL-HIV *Bref* e fatores explicativos sob a ótica de dois modelos de decisão.

Como não existe um parâmetro que determine a qualidade de vida como sendo boa ou ruim, todas as médias dos escores foram dicotomizada, utilizando a mediana como referência, a fim de classificar os escores desses indivíduos. Ao avaliar o escore geral da QV, dos 76 e adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, 39 (51,3%) apresentaram qualidade de vida alta e 37 (48,7%) qualidade de vida baixa. Ou seja, a maior parcela do grupo em estudo estava acima da mediana e, portanto, com a qualidade de vida boa. Por ser um resultado pontual, não há literatura que possa discutir com este dado. Vale esclarecer que, normalmente, os estudos fazem comparação entre grupos como as mesmas características do estudo.

Nesse caso, a literatura é muito vasta quando se busca investigar qualidade de vida de PVHA, porém quando se investiga a QV em adolescentes e adultos jovens vivendo com

HIV/aids esse número é bastante reduzido, não permitindo fazer uma ampla discussão, decorrente da escassez de estudos.

Diante dos resultados, os indivíduos apresentaram maior escore no domínio Físico, onde se obteve uma mediana de (75,00) e os menores escores nos domínios Meio Ambiente (59,38) e psicológico (65,00). Em estudos que investigaram a QV na mesma população, os domínios Físico, Psicológico e Social, apresentaram menores escores de QV (OLIVEIRA *et al.*, 2015; PASSOS; SOUZA, 2015; BOMBA *et al.*, 2010).

Como observado nos resultados, dentre os domínios do WHOQOL-HIV-*Bref*, o domínio que obteve a menor mediana (59,38) foi o domínio do meio ambiente. Esse domínio avalia a segurança e proteção física, satisfação com a moradias, serviços de saúde, e meio de transporte, recursos financeiros, oportunidade de ter disponível informações, participação e oportunidade de lazer e o ambiente físico (poluição, clima, barulho, atrativos). Bellini *et al.* (2015) investigou a qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV e também refere que em seu estudo o domínio Meio Ambiente foi o que apresentou menor escore de QV.

Abordando fatores explicativos para análise do domínio Meio Ambiente, nota-se que as variáveis sorologia do parceiro e adesão a terapia antirretroviral, foram significantes tanto no teste qui-quadrado quanto no modelo de regressão, mostrando-se concordante com o modelo WoE que reforça a adesão como sendo a maior força de evidência para explicar o desfecho, qualidade de vida.

Conforme a *Odds Ratio* da regressão logística, quanto a adesão ao tratamento (p-valor=0,005) um indivíduo que tem adesão ao tratamento possui aproximadamente 22 vezes mais chance de ter qualidade de vida alta quando comparado a um indivíduo que tem adesão insuficiente. Já a *Odds Ratio* da regressão para variável sorologia do parceiro (p-valor=0,024) tem evidência de que um indivíduo que possui parceiro com sorologia negativa, possui aproximadamente 5 vezes mais chance de apresentar qualidade de vida alta quando comparado com um indivíduo que possui parceiro com sorologia positiva.

Nenhum estudo, que também utilizaram o WHOQOL-HIV- *Bref*, ou qualquer outro instrumento para avaliar qualidade de vida aplicado junto a adolescentes e jovens, demonstraram ter o domínio Meio ambiente como o mais afetado. Fato este que deve decorrer da escassez de estudo para uma melhor discussão, pois após investigação exaustiva, por meio de revisão integrativa não foi possível encontrar nenhuma pesquisa que abordasse tal aspecto. Após intensa investigação, na tentativa de elucidar os fatores que pudessem nortear a discussão dentro desse domínio, foi necessário analisar as facetas que compunham essa dimensão. Emergida nessa ótica, nesse estudo, observou-se que dentre os fatores que envolve o domínio

meio ambiente, os mais afetados foram as questões que envolve recursos financeiros, lazer e transporte. Já o aspecto que foi menos presumido refere-se à disponibilidade de informações necessárias no dia-a-dia.

Diante da carência de estudos, não teve como comparar os resultados junto aos achados da presente análise, desta forma, acredita-se que, o fato da variável sorologia do parceiro e adesão a TARV serem consideradas significantes para explicar a qualidade de vida dentro deste domínio, está atrelada a condição de acesso a informações, visto que este foi o aspecto menos atingido, e uma vez que as informações acerca dos meios de prevenção de transmissão da doença estão disponíveis, o fato de ser soropositivo e relacionar-se com uma pessoa soronegativa e não transmitir o vírus, aumenta a qualidade de vida, vistos que não será imputado o sentimento de culpa por afetar a condição de saúde de outra pessoa.

Atualmente as recomendações para prevenção da transmissão do HIV entre casais sorodiscordantes é o uso rotineiro do preservativo, aliado ao uso da TARV, principalmente com indivíduos com carga viral detectável, associado a esta recomendação, é indicado o uso precoce dos antirretrovirais independente da contagem dos linfócitos LT-CD4+, aumento do aconselhamento para testagem, uso da profilaxia pré-exposição (PrEP) pelo parceiro soronegativo e da profilaxia Pós-exposição (PEP) (BRASIL, 2018b; HALLAL, *et al.*, 2015).

Isto posto, a infecção pelo HIV e todas as consequências do tratamento, seja ele preventivo ou terapêutico, podem interferir na qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids. Desta forma, o fato de conhecer o impacto da terapia antirretroviral na transmissão da doença passa ser fator de proteção para aumento da qualidade de vida, uma vez que uma adesão estrita/adequada mantém cargas virais indetectáveis e conseqüentemente reduz o risco da transmissão da doença. Esse conhecimento pode auxiliar a proposição de intervenções efetivas, quanto ao uso da TARV, colaborando para eficácia do tratamento e diminuindo a vulnerabilidade desses adolescentes ao adoecimento.

Neste estudo, após o domínio meio ambiente, o mais afetado foi o domínio psicológico, que envolve concentração, satisfação pessoal, amor pela vida, aceitação da aparência física, presença de sentimentos negativos como mau humor, desespero, ansiedade e depressão.

Pesquisa desenvolvida por Passos e Souza (2015), que buscaram avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes infectados pelo HIV, apontou dados semelhantes a este estudo, pois também tiveram o domínio Escolar e o Emocional como sendo um dos domínios mais afetados. Uma vez que o instrumento utilizado neste estudo foi o PdsQL 4.0, os fatores atrelados o domínio emocional, são: medo, tristeza, ansiedade e raiva o que se assemelha com o domínio psicológico do WHOQOL-HIV-*Bref*.

Tirado *et al.* (2014), em seu estudo utilizando outro instrumento de avaliação de qualidade de vida, o HIV/AIDS *Quality of Life test* (HAT-QoL), revela que os domínios com menores escores foram “Contentamento com a vida”, “aceitação do HIV” e “preocupação com o sigilo ou em revelar o diagnóstico”, domínios estes que se emergidos nos aspectos de avaliação do WHOQOL-HIV, traduziria o domínio Psicológico e Relações Sociais o que corrobora os achados dessa pesquisa, onde o domínio psicológico esteve como um dos menores escores. Por fim, em um estudo realizado por Fawzi (2009) o domínio de menor escore de QV foi o psicológico/emocional, onde os fatores impactantes investigados foram frequência do medo, tristeza, raiva, alteração no padrão do sono e preocupação com o futuro. Em um estudo a alta frequência de sintomas de ansiedade foi observada em amostra de jovens infectados pelo HIV.

O fato dos aspectos psicológicos terem sido o mais afetado pode estar relacionado ao estigma atrelado à infecção, levando a negação do diagnóstico e a dificuldade na aceitação do agravo. Além disso, observa-se o impacto ocasionado nos indivíduos diagnosticados, com uma concepção da potencialidade do vírus levar a morte. Outros sentimentos como o medo da rejeição, a falta de esperança e até mesmo a depressão e o desejo de autoextermínio também estão presentes. Todos eles podem afetar a saúde psicológica de pessoas infectadas (PASSOS; SOUZA, 2015; GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

Associado a esta condição, existem as próprias alterações psíquicas, biológicas, emocionais e socioculturais decorrentes do adolescer que afetam mesmo os indivíduos que não são portadores do vírus, e também são considerados como fatores de risco para a ocorrência de agravos psíquicos (BRASIL, 2015a).

Nessa mesma ótica, estudos apontam que viver com HIV/aids potencializa o medo de sofrer rejeições decorrente do estigma da doença e exclusão social gerando restrição de aspirações futuras, oriundo de fatores como: preconceito, desconhecimento, medo, ansiedade e injúria, o que implica em possíveis transtornos (BRASIL, 2013b).

A avaliação neuropsicológica de jovens infectados pelo HIV tem sido demonstrada pela literatura como fundamental no tratamento, principalmente entre aqueles pacientes que apresentam problemas de comportamento emocional (SALAM, 2013). Reis (2008), endossa o impacto da infecção pelo HIV/aids nas relações sociais e na saúde psicológica e no domínio físico, dos indivíduos acometidos por este agravo, porém, o uso da TARV proporcionou sentimentos positivos na saúde psicológica, proporcionando a desconstrução da ideia de morte

iminente, advinda ao diagnóstico de portador do HIV/aids e a construção de melhores possibilidades de viver.

Referente ao domínio psicológico, apesar de diferentes, os modelos estatísticos mostraram-se harmoniosos, quanto aos principais fatores determinantes de uma alta ou baixa qualidade de vida, apresentando concordâncias em suas avaliações.

Pode-se observar, que as variáveis selecionadas pelo teste qui-quadrado, para o domínio psicológico, três foram significativas, sendo elas: Adesão a TARV, religião e categoria de exposição. No entanto, na regressão logística, verificou-se que as principais variáveis apontadas pelo modelo também foram as que se demonstraram significativas pelo teste qui-quadrado, porém, as variáveis adesão e categoria de exposição não foram consideradas significantes, mas foram mantidas no modelo, uma vez que ambas fornecem evidências para que a variável religião fosse significativa, assim como evidenciada também na WoE.

De acordo com a *Odds Ratio* (p-valor =0,002) da regressão, quanto a religião foi verificada que não houve diferença entre ser católico, protestante e espírita. No entanto, quando comparada com o fato do indivíduo não ter religião diminui em até 84% a chance do indivíduo ter qualidade de vida boa, quando comparado a uma pessoa que professa algum tipo de fé, podendo ser considerado um fator de risco. Por sua vez, no WoE, também exprime que a variável religião apresenta maior força de evidência, seguida da variável adesão, estando em concordância com a regressão logística, de modo a explicar a qualidade de vida.

Em um estudo sobre o *Coping* religioso e espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids, a presença da religiosidade/ crença é um aspecto utilizado como maneira de fortalecimento do indivíduo no enfrentamento das fragilidades decorrentes da doença. Os indivíduos utilizam a fé como fonte de vitalidade, conforto e esperança para o enfrentamento pessoal, para encarar a doença, tentar entender o porquê de tal situação e para reduzir a culpa imputada a quem adoece (PINHO *et al.*, 2017).

Outro estudo de investigação sobre qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/aids reforça que, o bem-estar espiritual pode ser destacado como uma das variáveis presentes na capacidade de resiliência e protetor da saúde, podendo auxiliar as PVHA na manutenção e redução de agravos do processo saúde-doença, contribuindo para o desenvolvimento da qualidade de vida (CALVETTI; MULLER; TIELLET, 2008).

Para Silva (2019) a soropositividade envolve algumas determinantes de influência direta na sua existência, como sexualidade, experiências de vida, profissão de fé, crença em Deus (es), ateísmo, condição social entre outros. E dentre estas, o campo religioso seria talvez a área mais complicada do estabelecimento de relação com o portador do HIV/aids, no que se refere a

instituição religiosa, o que pode acarretar distanciamento da fé. Destarte, os resultados da sua pesquisa convergem para os resultados deste estudo, onde 68,8% da sua amostra não apresentaram ligação alguma com uma religião. Conforme expresso em nosso estudo o fato de não apresentar crença religiosa, confere um fator de risco para uma qualidade de vida boa no que se refere ao domínio psicológico.

Quanto ao domínio com maior escore para investigação da qualidade de vida, foi o domínio físico, que de acordo com o teste qui-quadrado, duas variáveis foram significantes, adesão a terapia antirretroviral e internação. Nesse caso, tanto na regressão logística quanto no WoE, constatou-se uma concordância perfeita, onde na regressão essas variáveis foram significativas e no WoE, foi evidenciado que ambas variáveis têm mais peso de evidência para explicar a qualidade de vida no que diz respeito ao domínio físico.

O domínio físico, busca avaliar questões como dor, desconforto, energia e fadiga, sono e descanso. Pesquisa desenvolvida por Bellini *et al.* (2015), que investiga qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV, apresenta dados semelhantes a este estudo, onde o domínio físico apresentou o segundo maior escore de QV. Outro estudo com o objetivo de avaliar a qualidade de vida de crianças e adolescentes vivendo com HIV, também aponta que os maiores escores foram relacionados aos domínios físico e social, podendo inferir que a condição de conviver com o HIV tem resultado em menor impacto negativo na qualidade de vida, no que se refere a estes domínios (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Estudos como o de Francolino *et al.* (2010), demonstraram também que, o uso dos antirretrovirais esteve melhor associado ao bem-estar físico, tanto em mulheres quanto em homens, o que evidencia sua influência positiva na qualidade de vida das PVHA.

Diante dos resultados do modelo, à adesão à TARV e a internação foram as variáveis explicativas para predizer o desfecho da qualidade de vida no que concerne o domínio físico.

Emergindo na investigação do domínio físico, de acordo com a Odds Ratio da regressão, a adesão (p-valor = 0,029) representa a variável que melhor explica a qualidade de vida, onde um indivíduo com adesão estrita/adequada, tem aproximadamente 6,2 mais chances de apresentar qualidade de vida alta quando comparado com um indivíduo com adesão insuficiente. Enquanto que, a Odds Ratio da regressão, estar internado (p-valor = 0,009) diminui 83,5% a chance de apresentar uma qualidade de vida alta quando comparado a indivíduo que não se encontra internado.

De modo geral, a avaliação satisfatória do estado de saúde físico, pode estar relacionado a condição clínica em que os adolescente e jovens se encontram, onde a maioria (63,16%) dos participantes do estudo apresentaram carga viral indetectável e índices satisfatórios de LT-CD4,

onde 53,95% apresentaram os linfócitos CD4+ \geq 500 células/mm³, indicando que o ataque do vírus HIV ao sistema imunológico, estava controlado. Essa elevada proporção de indivíduos com controle virológico, pode estar atribuído a uma melhor adesão à TARV. No entanto, na presente pesquisa, apenas 22,67% dos participantes apresentaram adesão adequada/estrita. Porém dentre os que tinham uma boa adesão antirretroviral apresentaram maiores escores médios (88,60) no domínio físico, o que reforça os resultados encontrados no modelo de regressão e no peso da evidência.

Na continuação desse raciocínio, é plausível inferir que uma boa adesão a terapia antirretroviral leva uma redução da carga viral, que conseqüentemente mantém níveis elevados de linfócitos TCD4 e conseqüentemente reduz a ocorrência de infecções oportunistas que por sua vez impacta na redução da taxa de internação, e uma vez que não há necessidade de internação por complicações ou co-infecções, aumenta-se a qualidade de vida, que segundo a razão de chance da regressão o fato de se estar internado reduz 83,5% a chance de ter qualidade de vida alta.

Nessa perspectiva Lenzi (2013) em seu estudo conclui que o internamento por causas relacionadas à infecção sugere infecções oportunistas ou complicações do quadro de AIDS, justificando o menor resultado no domínio físico e na percepção de saúde e qualidade de vida. O internamento por causas relacionadas à infecção sugere infecções oportunistas ou complicações do quadro de AIDS, justificando o menor resultado no domínio físico e na percepção de saúde e qualidade de vida.

Para Maciel *et al.* (2010) portadores do HIV tem seu bem-estar físico e emocional afetado, uma vez que apresentam sintomas desconfortáveis e os medicamentos podem causar reações adversas durante todo o tratamento, o que pode afetar o domínio Físico. No entanto reforça que, os avanços terapêuticos obtidos a partir do TARV resultaram em impacto importante na saúde física e psicológica das pessoas que vivem com HIV/aids, frente ao aumento da sobrevida, redução da mortalidade e queda das internações.

TRAN *et al.* (2012) relatam que o uso da TARV aumenta a capacidade de desempenho de atividades, onde a situação empregatícia dos pacientes foi relacionada à qualidade de vida por outros estudos que indicaram associação positiva entre a capacidade de trabalhar e os domínios Físico e Nível de independência.

Por fim, os domínios Nível de Independência, Relações Sociais e Espiritualidade/religião/crenças pessoais, mantiveram-se com escores acima da mediana (66,38) do escore geral da QV, onde todos obtiveram uma mediana de (68,75), mostrando que

esses domínios não sofreram grandes impactos negativos no que diz respeito a qualidade de vida nesta população em estudo.

Vale a pena mencionar os aspectos que envolvem cada um desses três domínios supracitados, onde o domínio Nível de Independência, busca avaliar questões como: capacidade de trabalhar, de desempenhar atividades no dia-a-dia, de locomoção e percepção sobre necessidade de tratamento médico. Já o domínio Relações Sociais, busca investigar aspectos que dizem respeito em se sentir aceito pelas pessoas, satisfação com as relações interpessoais, satisfação com a vida sexual e apoio que recebe dos amigos. Enquanto que o domínio Espiritualidade/religião/crenças pessoais, avalia a percepção do indivíduo quanto ao sentido da vida, medo do futuro e da morte e incomodo sobre a condição de ser soropositivo.

Na tentativa de buscar resposta para os fatores que contribuam para melhor explicar a qualidade de vida dos adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids, observou-se que o domínio Relações Sociais, nenhuma variável foi significativa, não nos permitindo fazer nenhuma inferência.

Quando se investiga quais variáveis são significativas para melhor explicar a qualidade de vida no domínio Espiritualidade/religião e crenças pessoais, os resultados da regressão logística evidencia por meio da *Odds Ratio*, que o sexo (p-valor= 0,037) representa a variável que melhor explica a QV, onde um indivíduo do sexo masculino apresenta aproximadamente quatro vezes mais chance de apresentar qualidade de vida alta quando comparado ao sexo feminino, podendo essa chance chegar até 16 vezes a mais.

Nesse caso, a regressão logística e o WoE, não apresentaram concordância perfeita, onde na regressão só a variável sexo foi significativa enquanto que no WoE, foi evidenciado que tanto a variável adesão antirretroviral quanto o sexo têm maior peso de evidência para explicar a qualidade de vida no que diz respeito ao domínio espiritualidade/religião e crenças pessoais.

Em estudos de investigação de qualidade de vida em adolescentes e adultos jovens nenhum estudo abordou aspecto sobre o domínio espiritualidade/religião/crença o que inviabilizou discussão comparativa com outros estudos. No entanto, alguns estudos envolvendo avaliação de qualidade de vida de PVHA revelam que indivíduos do sexo masculino e faixa etária mais elevada apresentam maiores escores médios no domínio espiritualidade, o que de certa forma vem corroborar este estudo, apesar de ser grupos populacionais diferentes (LIMA, 2016; SILVA, 2013a).

Avaliando esse aspecto, pode-se pensar que ser do sexo masculino é um facilitador para organização no modo de encarar a vida, com melhor ordenação da mesma e menor sofrimento.

6.3 Adesão a terapia antirretroviral e qualidade de vida

Por meio do CEAT-HIV, pode-se avaliar a adesão a TARV de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids. Observa-se que a média das dimensões variou de 8,30 a 20,05. Diante dos resultados, os indivíduos apresentaram maior escore médio na dimensão Crenças e expectativas sobre o tratamento (20,05) e os menores escores médios nas dimensões Satisfação com o tratamento (8,30) e Comunicação médico- paciente (12,08).

Alguns estudos referem-se ao otimismo, expectativas ou crenças como sendo favoráveis à TARV, associando com maior grau de adesão (PRIMEIRA *et al.*, 2018). A compreensão do benefício com o tratamento com melhora do estado da saúde, aumenta a satisfação com o tratamento, proporcionando maior capacidade de seguir o tratamento. O fato de sentir-se bem é aspecto facilitador da adesão, visto que PVHIV referem não querer vivenciar a doença (TELL0-VELÁSQUEZ *et al.*, 2015). Nesta concepção, acredita-se que a adesão insuficiente presente na maioria dos participantes (77,63%) esteve comprometida tendo como um dos aspectos a insatisfação com o tratamento relatada.

Outros fatores podem estar associados a nível de satisfação com o tratamento. Alguns estudos apontam alguns aspectos importantes, como o de Guimarães *et al.* (2008), que evidenciou que indivíduos em tratamento para HIV, apresentavam nível de dificuldade significativo em relação ao tratamento, sendo as principais referidas: reações adversas, regime terapêutico complexo e esquecimento, o que pode gerar comprometimento com o nível de satisfação com o tratamento. Santos *et al.* (2018) em sua pesquisa de revisão da literatura, sobre fatores desfavoráveis a adesão a TARV expões que os principais fatores desfavoráveis à adesão à terapia antirretroviral estão associados à complexidade das substâncias usadas, combinações de medicamentos, ocorrência de efeitos colaterais que são desconfortáveis à qualidade de vida dos pacientes.

Hipolito *et al.* (2014) revela que a ampla distribuição da terapia ARV contribuí para melhoraria da QV, porém seu uso requer mudança no cotidiano, uma vez que é necessárias adaptações aos horários das medicações, além de lidar com seus efeitos adversos. Entretanto, enfatiza que os efeitos colaterais da TARV consistem em fator relevante na dinâmica do uso e na adesão ao tratamento, especialmente, no início da utilização da terapia medicamentosa. Para isso, se faz necessário estar ciente dos fatores que podem interferir na adesão.

Objetivando melhor atender às necessidades das PVHA bem como proporcionar melhor QV e fortalecer a adesão ao tratamento, no final de 2013 o PCDT foi alterado e o esquema

preferencial de primeira linha da TARV, tenofovir (TDF) + lamivudina (3TC) + efavirenz (EFZ), distribuídos separadamente, fator este que dificultava sua ingestão, passou a ser fabricado associado, sendo conhecido como dose fixa combinada, conhecida como “3 em 1” (BRASIL, 2013a), passando a ser distribuído em meados de 2014. Tal proposta, visava reduzir as dificuldades vivenciadas pelos pacientes em tratamento e conseqüentemente aumentar a adesão a terapia ARV, bem como garantir o sucesso terapêutico a fim de impactar na meta 90-90-90 a qual buscava que 90% das PVHA conhecessem seu diagnóstico; que 90% das pessoas que sabiam de sua soropositividade recebessem a TARV; e que 90% das pessoas que estavam em TARV tivessem sua carga viral suprimida, mantendo-se saudáveis e reduzindo o seu risco de transmissão do HIV (BRASIL, 2017b).

Na presente investigação, a dimensão Interação médico-paciente, demonstrou-se deficiente. A importância de reconhecer as especificidades de cada usuário, deve ser discutido com cada indivíduo de modo sistemático e deliberar um plano terapêutico individualizado.

Nesse aspecto, estudos que avaliaram a adesão a terapia antirretroviral em PVHA, demonstram que bom relacionamento entre profissionais da saúde-paciente constitui aspecto fundamental para adesão e QV (SANTOS *et al.*, 2018; BARBOSA, 2016).

Sobreposto a isso, a qualificação da interação efetiva do profissional de saúde com o paciente pode definir resultados da terapia, dependendo do nível de cooperação entre os dois lados, a relação com o usuário deve caracterizar-se por uma postura de acolhimento, para o atendimento de demandas específicas e sua participação no planejamento e decisão acerca do seu próprio tratamento. Portanto, deve ser utilizada como um recurso de ajuda ao usuário e não como uma forma de culpá-lo pelas dificuldades vivenciadas na adesão. (SANTOS *et al.*, 2018).

Emergido nessa visão holística do cuidar, o Ministério da Saúde em sua mais nova publicação, endossa a importância do início do tratamento para todas as pessoas vivendo com HIV/aids, desde que, o profissional de saúde consiga captar o momento correto de introduzir o tratamento, uma vez que esteja bem estabelecido o compromisso e consciência do tratamento baseado na adesão, no sentido de minimizar falhas terapêuticas e resistência (BRASIL, 2018b).

Neste estudo, o escore de adesão global do CEAT-HIV, apresentou correlação significativa ($p < 0,05$) em todos os domínios do WHOQOL-HI- *Bref*, ao mesmo tempo que apresentou diferença significativa entre a adesão e não adesão e todos os domínios da QV, demonstrando que existe correlação entre qualidade de vida e adesão a terapia antirretroviral. Nesse sentido, afim de elucidar de forma mais minuciosa esse resultado, observou-se que as médias dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV-*Bref*, de acordo com a classificação de

adesão ao tratamento ARV, mostraram-se maiores nos indivíduos com adesão suficiente/estrita ao tratamento, o que reflete que esses indivíduos apresentam melhor qualidade de vida.

Nesta perspectiva, a adesão a TARV e a qualidade de vida estiveram correlacionadas, onde à medida que a adesão é insuficiente, os escores médios nos domínios de QV diminuem. Em concordância com esta pesquisa, estudo realizado por Galvão *et al.* (2015), apontam que além da associação entre QV e adesão ao tratamento, a adesão insuficiente também foi associada a qualidade de vida prejudicada. Para Hipolito *et al.* (2014) a adesão ao tratamento está fortemente relacionada à melhoria e manutenção da QV, uma vez que está associada a melhores perspectivas de vida, em detrimento da ideia de morte advinda do diagnóstico da doença. Tais achador revalida e fortalece esta pesquisa.

Outros estudos fazem menção que, a adesão ao tratamento de alta potência está relacionada ao aumento da taxa de LT-CD4+ e sustentada supressão da carga viral, aumentando a sobrevida e a qualidade de vida. No entanto, os benefícios associados ao uso da TARV são acompanhados por efeitos como a supressão medular ou anemia evidenciada nos pacientes (PIRES; MAREGA; CREAGH, 2017). Requer acompanhamento médico, exames, uso regular e contínuo das medicações, prevenção em relação ao sexo seguro com uso de preservativos, e a prevenção em relação às doenças oportunistas (DOMINGUES, 2017). Desta forma percebe-se que o tratamento traz benefícios inequívocos necessários para aumento da sobrevida. Contudo, o uso da TARV é contraditório, pois, concomitantemente, aumenta a expectativa de vida e gera vários efeitos adversos e, também, exige adaptações na vida cotidiana para a sua administração (MEIRELLES, 2010).

Nesse contexto, emergido no paradoxo entre QV e adesão ao tratamento ARV, o aumento da adesão à TARV pode gerar pior qualidade de vida, pois o aumento da adesão leva a uma maior sobrevida, que pode não implicar em uma melhor qualidade de vida, portanto melhor adesão implica em efeitos adversos.

Diante deste olhar, é importante compreender que a TARV, atualmente exhibe esquemas mais confortáveis objetivando maximizar os benefícios e minimizar os efeitos adversos sobre os indivíduos, sendo fundamental na melhoria da qualidade de vida de PVHA.

7 CONSIDERAÇÃO FINAIS

Com base nos resultados do presente estudo, conclui-se que a população de adolescentes e adultos jovens vivendo com HIV/aids acompanhados ambulatoriamente no hospital de referência em doenças infectocontagiosas do Estado da Paraíba, são predominantemente do sexo masculino, com idade média de 19 anos, com maior número de casos na faixa etária de 22 a 24 anos, solteiros, com cor autorreferida parda, tendo concluído ensino médio, e não professam nenhum tipo de crença religiosa.

Neste estudo, o domínio da qualidade de vida mais afetado foi o Meio ambiente. Dentre as facetas deste domínio meio ambiente, os recursos financeiros, lazer e transporte foram os mais comprometidos. Após o domínio Meio ambiente, o mais afetado foi o domínio Psicológico que envolve concentração, satisfação pessoal, amor pela vida, presença de sentimentos negativos e aceitação.

Quanto as dimensões que envolvem a adesão ao tratamento, a satisfação com o tratamento e comunicação médico-paciente foram os mais afetados, o que chama bastante atenção, uma vez que estar satisfeito com a terapêutica e o bom relacionamento entre profissionais de saúde-paciente constitui aspectos fundamentais para adesão e qualidade de vida.

O comportamento sexual de risco caracterizado pelo uso descontinuado ou não uso de preservativo continua sendo uma das principais formas de vulnerabilidade dos adolescentes e adultos jovens, e sugere a influência de padrões socioculturais no comportamento individual.

Diante destes achados, o estudo aponta fragilidades no tocantes as ações de prevenção junto à saúde do homem. Ressalta-se a importância no investimento em ações que sejam capazes de atrair o público masculino para os serviços de saúde, primordialmente para aquelas que tenham enfoque preventivo, de forma a incentivar entre os mesmos, a cultura do autocuidado e a adoção de comportamentos saudáveis, de modo a contribuir para a qualificação da assistência em um contexto singular e conseqüentemente à integralidade do cuidado.

O conhecimento percebido acerca da qualidade de vida prejudicada pela adesão inadequada/insuficiente aos ARV, possibilita planejar estratégias para melhoria da prática assistencial e seguimento.

O estudo permite estimar por meio do modelo logístico alcançado, alguns fatores que estão associados a qualidade de vida boa, como adesão adequada ao tratamento, ser do sexo masculino, relacionar-se com parceiros sorodiscordantes e ter algum tipo de crença religiosa ao

passo que também estima fatores que interferem com destaque na saúde do m na qualidade de vida. O modelo WoE gerado, contribui para fortalecer as evidências apontadas pelos modelos de regressão logística para cada domínio.

Frente os resultados encontrados, entende-se que os adolescentes e adultos jovens precisam de uma maior atenção sobretudo, dos profissionais de saúde, uma vez que uma interação interdisciplinar junto a esta população pode gerar menor vulnerabilidade, visto que sentir-se a vontade para dirimir dúvidas, mitigar comportamentos de riscos e compartilhar sentimentos geradores de sofrimento, conflitos, aflição e medo podem favorecer um espaço onde esses indivíduos possam se libertar de suas amarras ao mesmo tempo que não se sintam julgados pelas suas atitudes. Nesse sentido, faz-se necessário, oportunizar um ambiente em que esses adolescentes e jovens se sintam acolhidos ao mesmo tempo que se torne um ambiente transformador de atitudes.

Acredita-se que o desenvolvimento dessa investigação seja oportuno para que informações acerca da epidemiologia e dos fatores que interferem na qualidade de vida desta população sejam disponibilizadas para subsidiar tomada de decisões de profissionais da área da saúde e correlatas no sentido de prevenir e controlar os fatores que podem afetar a QV e a adesão ao tratamento destas pessoas, características fundamentais para melhores condições de vida após a infecção pelo vírus HIV.

8 REFERÊNCIAS

- ABREU, S. R. *et al.* Estudo epidemiológico de pacientes com infecção pelo vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida (hiv/aids), Caxias-MA. **Revista Interdisciplinar**, v. 9, n. 4, p. 132-41, out. nov. dez. 2016.
- AFARAY, J. M *et al.* Diagnóstico tardío y enfermedad avanzada de VIH en pacientes adultos en un hospital de la seguridad social de Perú. **Rev. Chil. Infectol.**, v.33, n.1. Santiago, out. de 2016.
- ALMEIDA, I. S.; RODRIGUES, B. D. R.; SIMÕES, S. M. F. O adolescer... um vir a ser. **Rev Adolescência & Saúde**, v. 4, n.3, p.24 – 8. Ago. 2007.
- AMARAL, R.S.; CARVALHO, S.T.R.F.; SILVA, F.M.A.M.; DIAS, R.S. Soropositividade para HIV/aids e características sociocomportamentais em adolescentes e adultos jovens. **Rev. Pesq. Saúde**, v. 18, n. 2, p. 108-113, 2017. Disponível em: <file:///C:/Users/rebec/Downloads/8384-25593-1-PB.pdf>. Acesso em: 01 de nov. de 2019.
- ARAÚJO, Y.B. **Sistema de Informações de crianças e adolescentes com Doença Crônica (SICADC): uma ferramenta de apoio à decisão**. 2017. 185f. Tese (Doutorado) – Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- ARAÚJO, T.M.; MONTEIRO, C.F.S.; MESQUITA, G.V. *et al.* Fatores de risco para infecção por HIV em Adolescentes. **Rev enferm UERJ**, v.20, n.2, p. 242-7, 2012.
- BAETEN, J. M. *et al.* Integrated Delivery of Antiretroviral Treatment and Preexposure Prophylaxis to HIV-1 – Serodiscordant Couples: a Prospective Implementation Study in Kenya and Uganda. **PLOS Medicine**, v. 13, n. 8, Ago. de 2016. Disponível em: <https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1002099>. Acesso em: 01 de Nov. de 2019.
- BARBOSA, A.P.M. **Representação social da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids: revisão integrativa**. [Trabalho de conclusão de curso]. Niterói: Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa da Universidade Federal Fluminense, 2016.
- BARRETO, A.S. **Modelos de Regressão: Teorias e Aplicações com o Programa Estatístico R**. 1ª Ed. Brasília: Ed. do Autor, 2011.
- BARROS, S. G.; SILVA, L. M. V. A gênese da política de luta contra a aids e o espaço Aids no Brasil (1981-1989). **Rev Saúde Pública**, v. 50, n. 43. 2016. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rsp/v50/pt_0034-8910-rsp-S1518-87872016050005801.pdf. Acessado em: Acessado em: 13 de out. 2019.
- BAZIN, G. R.; GASPAR, M. C. S.; SILVA, N. C. X. M.; MENDES, C. C.; OLIVEIRA, C. P.; BASTOS, L. S.; CARDOSO, C. A. A. Terapia antirretroviral em crianças e adolescentes infectados pelo HIV: o que sabemos após 30 anos de epidemia. **Cadernos de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 30, n. 4, p. 687 – 702, abr. 2014.
- BELLINI, J.M.; REIS,R.K.; REINALTO, L.A.F.; MAGALHÃES, R.L.B. Qualidade de vida de mulheres portadoras de HIV. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, v.28, n. 4, Jul/Ago,

2015. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002015000400010&script=sci_abstract&tlng=pt. Acesso em: 13 de out. 2019.

BEZERRA, J.K.A. Modelo de regressão logística para previsão do óbito na unidade de terapia intensiva. 2012. 90f. Dissertação [Mestrado] - Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

BOMBA, M.; NACINOVICH, R.; OGGIANO, S.; CASSANI, M.; BAUSHI, L. BERTULLI, C. et al. Poor health-related quality of life and abnormal psychosocial adjustment in Italian children with perinatal HIV infection receiving highly active antiretroviral treatment. **AIDS Car.** v. 22, n.7, p.858-865, 2010.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **História da Aids.** 2019c. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pagina/historia-da-aids>. Acesso em 03 jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **O que é HIV.** 2019a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>. Acesso em 24 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Prevenção da Transmissão Vertical do HIV, Sífilis e Hepatites Virais,** Brasil: Ministério da Saúde, 2018d.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Banco de dados do Sistema Único de Saúde-DATASUS.** Disponível em: <http://www2.aids.gov.br/cgi/deftohtm.exe?tabnet/br.def>. Acesso em: 12 de mai. 2019b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS:** da 27^a a 53^a semana epidemiológica – julho a dezembro de 2016 e 1^a a 26^a semana epidemiológica – janeiro a junho de 2017, v. 1. Brasília: Ministério da Saúde, 2018a. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2018/boletim-epidemiologico-de-aids-2018>. Acesso em: 10 Jul. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em 06 de jun. de 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Crianças e Adolescentes.** Brasília-DF: Ministério da Saúde, 2018c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Profilaxia Pré-Exposição (PrEP) de Risco à Infecção pelo HIV,** Brasil: Ministério da Saúde, 2018e.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **SUS oferecerá melhor tratamento do mundo para pacientes com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017a. Disponível em:

<http://www.saude.gov.br/noticias/agencia-saude/25857-saude-oferecera-melhor-tratamento-do-mundo-para-hiv-aids> Acesso em: 02 de Jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Nota informativa nº 007/2017-DDAHV/SVS/MS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2017b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **História da luta contra a Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015a.

BRASIL. **Boletim epidemiológico HIV/aids**. Brasília: Ministério da Saúde, ano 4, n. 1, 2015b. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicação/2015/58534/boletim_aids_11_2015_web_pdf_19105.pdf>. Acesso em: 02 Nov. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013a. Disponível em: <www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>. Acesso em 05 de Jun. 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Recomendações para a Atenção Integral a Adolescentes e Jovens Vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprova normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos. Brasília: Diário Oficial da União, 2013c.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção em Saúde. Departamento de Ações Programáticas Estratégicas. **Diretrizes nacionais para a atenção integral à saúde de adolescentes e jovens na promoção, proteção e recuperação da saúde**. Brasília, 2010, 46 p.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. **Recomendações para a terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV**. 7 ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/pub/2016/59204/consensoadulto005c_2008montado.pdf. Acesso em 10 de jan. 2019.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de ações programáticas estratégicas. **Marco teórico e referencial: saúde sexual e reprodutiva de adolescentes e jovens**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007a.

BRASIL. Secretaria de Atenção à Saúde. Área de saúde do adolescente e do jovem. **Marco legal: saúde, um direito de adolescentes**. Brasília: Ministério da Saúde. 2007b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência de adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST e aids. **Recomendações para a terapia antirretroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. 6ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2006a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Consenso_adulto_2006_-_final.pdf. Acesso em 09 de out. 2018.

BRASIL. Presidência da República. Casa Civil. Subchefia para Assuntos Jurídicos. Lei nº 8.069, de 13 de julho de **1990**. Dispõe sobre o Estatuto da Criança e do Adolescente e dá outras providências. Disponível em: http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/leis/18069.htm. Acesso em 02 de jun. de 2019.

BRÊTAS, J.R.S.; OHARA, C.V.S.; JARDIM, D.P.; AGUIAR JUNIOR, W.; OLIVEIRA, J.R. Aspectos da sexualidade na adolescência. **Revista Ciência e Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3221- 8, 2011.

BRIGNOL, S.; DOURADO, I.; AMORIM, L.D.; KERR, L.R.F.S. Vulnerabilidade no contexto da infecção pelo HIV e sífilis numa população de homens que fazem sexo com outros homens (HSH) no Município de Salvador, Bahia, Brasil. **Cad. Saúde Pública**. v. 31, n. 5, p. 1-14, 2015.

BRITO, F. G. *et al.* Perfil epidemiológico de portadores do vírus da imunodeficiência humana e síndrome da imunodeficiência adquirida no estado de Sergipe, 2007-2012. **Interfaces Científicas**, v.2, n.2, p. 59 – 71, fev., 2014.

CALLEGARI-JACQUES, S. M. **Bioestatística: Princípios e Aplicações**. Porto Alegre - RS: Artmed, 2006.

CAMILO, V.M.B. *et al.* Educação em saúde sobre DST/Aids com adolescentes de uma escola pública, utilizando a tecnologia educacional. **Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis**, v. 21, n. 3, p: 124-8. 2009.

CATUNDA, C; FLEURY, E. M; LEMÉTAYER, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. esp., p. 1-7. 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/ptp/v32nspe/1806-3446-ptp-32-spe-e32ne218.pdf>. Acesso em 02 de jun. 2019.

CALVETTI, P.C.; MULLER, M.C.; TIELLET, N. Qualidade de vida e bem-estar espiritual de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Rev. Pisco. estud.*, v. 13, n.3, Jul-Set. de 2008. Disponível em: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-73722008000300013&lang=pt. Acesso em: 08 de nov. 2019.

DOMINGUES, C.S.; WALDMAN, E. A. Causes of death among people living with SIDA in the pre-and pos-HAART eras in the city of São Paulo, Brazil. **Jornal PLoS ONE**. v. 9, n.12, p:1-16. Dez. 2014.

DOMINGUES, J.P. **Representações sociais da qualidade de vida e do cuidado de saúde de pessoas que vivem com HIV/aids no município do Rio de Janeiro** [Dissertação]. Rio de

Janeiro (RJ): Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, 2017.

FARIA, A.R.Q.P. **Modelo preditivo para intervenção com injeção intravítrea de anti-VEGF em pacientes com edema macular diabético.** [Dissertação]. João Pessoa: Universidade Federal da Paraíba, 2017.

FÁVERO, L. P. et. al. **Análise de dados:** modelagem multivariada para tomada de decisões. Rio de Janeiro: Elsevier, p. 442-444, 2009.

FAWZI, M.C.S.; EUSTACHE, E.; OSWALD, C. SURKAN,P; LOUIS, E. SCANLAN, F. et al. Psychosocial Functioning Among HIVAffected Youth and Their Caregivers in Haiti: Implications for Family-Focused Service Provision in High HIV Burden Settings. **Aids Patient Care STDS.** v. 24, n.3, p.147-158, 2009.

FAYERS, P. M.; MACHIN, D. Quality of life. Assessment, analysis, and interpretation. Chichester: John Wiley, 2000.

FERREIRA, T. C. R. et al. Perfil Clínico e Epidemiológico dos Portadores do HIV/AIDS com Coinfecção de uma Unidade de Referência Especializada em Doenças Infecciosas Parasitárias Especiais. **Revista da Universidade Vale do Rio Verde, Três Corações,** v. 13, n. 1, p. 419-431, 2015.

FLECK, M.P.A. **A avaliação da qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 228p., 2008.

FLECK, M.P. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectivas. **Rev. Ciência & Saúde Coletiva.** v.5, n.1, p. 33-8, 2000.

FLECK, M.P.A.; LOUZADA, S.; XAVIER, M.; CHACHAMOVICH, E.; VIEIRA, G.; SANTOS, L.; PINZON, V. Aplicação da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100). **Rev. de Saúde Pública,** v.33, n.2, p.198-205, 1999.

FRANCOLINO, C.; GALZERANO, J.; MANSILLA, M.; DAPUETO, J.; LLADO, M. DEQUE, B. Evaluation of quality of life questionnaire regarding health: functional assessment of HIV infection in patients carriers of HIV. **Rer. Méd. Urug.** v.26, p.129-137, 2010.

GALVÃO, J. **1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/AIDS no Brasil e no Mundo.** Rio de Janeiro: ABIA; 2002. Disponível em: <http://www.sciencedirect.com/science/books/eries/00995428>. Acesso em 04 jun. 2019.

GALVÃO,M.T.G.; SOARES, L.L.; PEDROSA, S.C.; FIUZA, M.L.T.; LEMOS, L.A. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. **Rev. Acta Paul Enferm,** v. 28, n.1, p. 48-53, 2015. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/ape/v28n1/en_1982-0194-ape-028-001-0048.pdf. Acessado em: 15 de ago. 2019.

GARRAFA, V.; GODOI, A.M.M.; SOARES, S.P. HIV/AIDS and the principle of non-discrimination and non-stigmatization. **Rev. Latinoamericana de Bioética**. v. 12, n. 2, p.118-23, 2012.

GEOCZER, L.; MUCCI, S.; MARCO, M.A.; MARTINS, L.A.N.; CITERO, V.A. Qualidade de vida e adesão anti-retroviral de pacientes portador de HIV. **Rev. Saúde Pública**, vol.44, n.4, ago. 2010.

GÓIS, A.R.S. *et al.* Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com hiv/aids. **Rev. Av. Enferm.** V. 35, n. 2, p. 171-180, Abr.,2017. Disponível em: <http://www.scielo.org.co/pdf/aven/v35n2/0121-4500-aven-35-02-00171.pdf>. Acesso em: 29 de out. de 2019.

GOMES, A.M.T.; SILVA, E.M.P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**. v. 19, n. 3, p. 1-8, 2011. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v19n3/pt_06. Acesso em: 20 de out de 2019.

GUIMARÃES, M. D.; ROCHA, G.M.; CAMPOS, L.N; FREITAS, F.M.; GUALBERTO, F.A.; TEIXEIRA, R.D *et al.* Difficulties reported by HIV-infected patients using antiretroviral therapy in Brazil. *Clinics*. V. 63, n. p.165-72, 2008.

GOTTEMS, L.B.D. *et al.* Boas práticas no parto normal: análise da confiabilidade de um instrumento pelo Alfa de Cronbach. **Rev. Latino-Americana de Enfermagem**. v.26, p. 1-8, 2018.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L. D.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à Aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Rev Panam. SaludPubl.**, v. 26, n. 1, p. 87-94, nov. 2009. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rpsp/v26n1/13.pdf>. Acessado em: 09 de julho de 2019.

GRAU, J.; GARCIA-VINIEGRAS, C.R.V.; MELÉNDEZ, E.H. **Psicología de la salud Y Calidad de vida**. Guadalajara: Universidad de Guadalajara. Ed. 4, p. 3-61, 2017.

HALLAL, R. C.; *et al.* Estratégias de prevenção da transmissão do HIV para casais sorodiscordantes. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 18, suppl.1,p. 169-182, 2015.

HASTIE, T.; TIBSHIRANI, R.; FRIEDMAN, J. **Elements of Statistical Learning: Data mining, inference, and prediction**. Second Edition, Springer, 2009.

HANDAJANI, Y.S.; DJOERBAN, Z.; IRAWAN, H. Quality of Life People Living with HIV/AIDS: Outpatient in Kramat 128 Hospital Jakarta. **Jornal Acta Medica Indonesiana**, v. 44, n. 4, p. 310-6. 2012.

HIPOLITO, Rodrigo Leite; OLIVEIRA, Denize Cristina; GOMES, Antonio Marcos Tosoli; COSTA, Tadeus Lessa. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/AIDS: o papel do tempo de diagnóstico. **Rev enferm UERJ**, n. 22 v. Rio de Janeiro, nov/dez 2014. Disponível em: <http://www.facenf.uerj.br/v22n6/v22n6a05.pdf>. Acesso em: 01 de nov. de 2019.

KEMPPAINEN, J.; BORMANN, J.E.; SHIVELY, M.; KELLY, A.; BECKER, S.; BONE, P. *et al.* Living with HIV: responses to a mantram intervention using the critical incident research method. **J Altern Complement Med**, v. 18, n1, p. 76-82, Jan. 2012.

LANDEIRO, G. M. B. *et al.* Revisão sistemática dos estudos sobre qualidade de vida indexados na base de dados. **SciELO. Ciência e Saúde Coletiva**, v.16, n.10, p. 4257- 66, 2011.

LARSEN, K. **Information Package Vignette**. Disponível em: <https://cran.r-project.org/web/packages/Information/vignettes/Information-vignette.html>. 2016. Acesso em: 15 de out. 2019.

LAURENTI, R. A mensuração da qualidade de vida. **Revista da Associação Médica Brasileira**, v. 49, n. 4, p. 361–2, 2003.

LAURINDO-TEODORESCU, L.; TEIXEIRA, P.R. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **História da AIDS no Brasil: as respostas governamentais à epidemia de aids**. Brasília: Ministério da saúde, 2015.

LÁZARI, C.S.; TEIXEIRA, R.F.A.; NETO, R.A.B. **R3 clínica médica**, v.1, 1ed. São Paulo: Medcel, 2011.

LENZI, Luana. [Dissertação]. Curitiba: **Desenvolvimento e validação de um modelo estatístico preditivo para a adesão a terapia antirretroviral**. Programa de Pós-Graduação em Ciências Farmacêuticas, Universidade Federal do Paraná, 2013.

LIMA, R. L.F.C. [Dissertação]. João Pessoa: **Condições de vida e saúde de pessoas vivendo com HIV/Aids na Paraíba: segurança alimentar, qualidade de vida e estado nutricional**. Programa de Pós-Graduação em Modelos de decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2016.

LIN, A.Z. Variable Reduction in SAS by Using Wweight of Evidence and Information Value In: **SAS Global Forum**. P.095-213, 2013.

LINDNER, A; PITOMBO, C.S. Modelo logit binomial com componentes principais para estimação de preferência por modo de transporte motorizado. **Journal of Transport Literature**, v.10, n.3, p.5-9, 2016.

LUCENA, E.M.F. **Modelo de regressão logística para auxiliar a tomada de decisão quanto à necessidade de reabilitação em pacientes com acidente vascular encefálico**. 2013. 86f. Dissertação (Mestrado) - Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.

MACIEL, E. L. N.; GUIDONI, L. M.; FAVERO, J. L.; HADAD, D. J.; MOLINO, L. P.; JONHSON, J. L. *et al.* Efeitos adversos causados pelo novo esquema de tratamento 124 da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. **Jornal Brasileiro de Pneumologia**, v. 36, n. 2, p. 232-8, 2010.

MANHEIM, D. *et al.* (EDS.). Decision Support:: A Collaborative Endeavor. In: **Improving Decision Support for Infectious Disease Prevention and Control**. Aligning Models and Other Tools with Policymakers' Needs. RAND Corporation, 2016a. p. 3–6.

MAYS, E.; LYNAS, N. **Credit scoring for risk managers: The handbook for lenders**. Creat Space Independent Publishing Platform, 2011.

MEDEIROS, A.R.C. [Tese]. João Pessoa: **Consequências clínicas e metabólicas da insegurança alimentar familiar em pessoas vivendo com HIV/AIDS: um estudo coorte**. Programa de Pós-graduação em Modelos de Decisão e Saúde, Universidade Federal da Paraíba, 2017.

MEIRELLES, B.H.S.; SILVA, D.M.G.V.; VIEIRA, F.M.A.; SOUZA, S.S.; COELHO, I.Z.; BATISTA, R. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev Rene** v. 11, n.3, p. 68-76. Disponível em: http://www.revistarene.ufc.br/vol11n3_html_site/a07v11n3.html. Acesso em: 04 de jun. de 2019.

MENDES, C.A.B.; VEGA, F.A.C. Técnicas de regressão logística aplicada à análise ambiental. **Revista Geográfica.**, v. 20, n. 1, p. 5-30, 2011.

MINAYO, M.C.S.; HARTZ, Z.M.A.; BUSS, P.M. Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. **Ciência & Saúde Coletiva**, Rio de Janeiro, v.5, n.1, p.7-18, 2000.

MORAES, R. M. de; SOARES, R. A. S. Modelos de Decisão aplicados à Saúde: teoria e prática. *Tempus*, actas de saúde colet, Brasília, v. 10, n. 2, p. 7–10, 2016. ISSN 1982-8829. Disponível em: <http://www.tempusactas.unb.br/index.php/tempus/article/view/1890>. Acesso em: 16 out. 2019.

NASCIMENTO, R. G.; SOUSA, R. C. M.; PINTO, D. S. Aspectos sociodemográficos e comportamentais dos usuários de um centro de testagem e aconselhamento para DST/AIDS da rede municipal de Belém, Pará, com sorologia positiva para o HIV. **Revista de Epidemiologia e Controle de Infecção**, v. 4, n. 2, p. 132-138, 2014.

NASCIMENTO, E. G. C. do; CAVALCANTE, M. A. F.; ALCHIERI, J. C. Adesão ao uso da camisinha: a realidade comportamental no interior do nordeste do Brasil. **Rev. Salud Pública**, v. 19, n. 1, p. 39-44, 2017. Disponível em: <https://www.scielosp.org/pdf/rsap/2017.v19n1/39-44>. Acesso em: 01 de nov. 2019.

NOGUEIRA, V. P. F.; GOMES, A. M. T.; MACHADO, Y. T.; OLIVEIRA, D. C. Cuidado em saúde à pessoa vivendo com HIV/AIDS: representações sociais de enfermeiros e médicos. **Revista Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 23, n. 3, 2015.

O'CONNELL, K. *et al.* WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: results from a field test. **Journal AIDS Care**, v. 16, n. 7, p. 882-9, 2004.

OLIVEIRA, J.F.O.; OLIVEIRA, K.F.; ZAGO, G.P.; WEFFORT, V.R.S.; SIMÕES, A.L.A. Qualidade de vida de crianças e adolescentes infectados pelo HIV. **Rev. Cienc Cuid Saúde**. V.14, n.1, p.879-884, 2015.

OLIVEIRA, L.V.; SANTOS, A.M.D.; SILVA, J.P.T.; FREITAS, C.H.S.M. Perfil Epidemiológico de adultos jovens com HIV/aids em Natal, RN: Estudo descritivo. **II Congresso Barileiro de Ciências da Saúde**, 2017.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE (OMS). Riesgos para la salud de los jóvenes. Geneva: OMS, 2011. [Nota descritiva, n°345].

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. Constituição da Organização Mundial da Saúde. Disponível em: <http://www.direitoshumanos.usp.br/index.php/OMS-Organiza%C3%A7%C3%A3o-Mundial-da-Sa%C3%BAde/constituicao-da-organizacao-mundial-da-saude-omswho.html>. Acessado em: 27 de junho de 2019.

PAIVA, V.; SEGURADO, A.C.; FILIPE, E.M. A revelação da soropositividade por homens bissexuais e heterossexuais para parceiros sexuais: um desafio para o cuidado e a prevenção do HIV/Aids. **Cad Saude Publica**, v. 27, n. 9, p. 1699 -1710, 2011.

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. **Cad Saúde Pública**. V. 31,n.4, p.800-814, 2015.

PAULA, G. de. **Modelos de Regressão com apoio computacional**. São Paulo: Ime-USP, 2010.

PEREIRA *et al.*, B.S. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. *Rev. Ciências e saúde coletiva*, v.19, n 3, p.747-758, 2014. Disponível em:http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S141381232014000300747&script=sci_abstract&tln g=pt. Acesso em: 29 de out. de 2019.

PEDROSO, B. *et al.* Inferências da Organização Mundial da Saúde na promoção da qualidade de vida: uma explanação contemporânea dos instrumentos WHOQOL. **Revista Brasileira de Qualidade de Vida**, v. 5, n. 4, p. 19-25, out. 2013. Disponível em: https://www.researchgate.net/publication/271182960_Inferencias_da_Organizacao_Mundial_da_Saude_na_promocao_da_qualidade_de_vida_uma_explanacao_contemporanea_dos_instrumentos_WHOQOL. Acessado em: 12 de mai. de 2019.

PELLINI, A.C.G; CAVALIN, R.F.; FRANCISCO, M.A. *et al.* A trajetória da epidemia de Aids nas mulheres residentes no município de São Paulo, de 1983 a 2012. **Revista Brasileira de Geografia Médica e da Saúde**, v.13, n. 26, p: 42 – 57, Dez. 2017.

PEREIRA, B. S.; COSTA, M. C. O.; AMARAL, M. T. R.; COSTA, H. S.; SILVA, C. A. L.; SAMPAIO, V. S. Fatores associados à infecção pelo HIV/AIDS entre adolescentes e adultos jovens matriculados em Centro de Testagem e Aconselhamento no Estado da Bahia, Brasil. **Ciênc Saúde Coletiva**, v. 19, n. 3, p. 747-58, 2014.

PINHO, C. M. DAMASO, B.F.R. GOMES, E.T. TRAJANO, M. F. C. ANDRADE, M.S. VALENÇA, M.P. Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids. *Rev BrasEnferm* [Internet]. 2017;70(2):392-9. Disponível em: http://www.scielo.br/pdf/reben/v70n2/pt_0034-7167-reben-70-02-0392.pdf. Acesso em: 05 de Nov. de 2019.

PINTO, A. C. S.; PINHEIRO, P. N. C.; VIEIRA, N. F. C.; ALVES, M. D. S. Compreensão da pandemia de AIDS nos últimos 25 anos. **DST. J. Bras Doenças Sex Transm.**, v.19, n.1,p. 45-50, 2007. Disponível em: <http://www.dst.uff.br/revista19-1-2007/7.pdf>. Acesso em 02 de jun. de 2019.

PIRES, P.N.; MAREGA, A.; CREAGH, J.M. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes infectados pelo HIV nos cuidados da saúde primária em Nampula, Moçambique. *Rev. Por. Med. Geral Farm.* v. 33, n.1, p. 30-40, 2017.

PRIMEIRA, M.R.; SANTOS, E.E.P.; ZÜGE, S.S.; MAGNAGO, T.S.B.S.; PAULA, C.C.; PADOIM, S.M.M. Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com HIV. *Rev. Saúde e Pesquisa*, v. 11, n.2, p. 307-314. Ago. de 2018. Disponível em: <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/biblio-912514>. Acesso em: 03 de nov. de 2019.

QUEIROZ, A. A. F. L. N.; SOUSA, A. F. L. Fórum PrEP: um debate on-line sobre uso da profilaxia pré-exposição no Brasil. *Cad. Saúde Pública*, v. 33, n. 21, Nov. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.org/article/csp/2017.v33n11/e00112516/pt/> Acesso em 02 de jun. de 2019.

RAMIREZ, A. **A razão de usar possibilidades (odds ratios) como ferramenta de diagnóstico de campo.** 2012. Disponível em: http://www.3tres3.com.pt/os-peritos-opinam/a-razao-de-usar-possibilidades-odds-ratios-para-diagnosticar_6311. Acesso em: 23 de out. 2019.

REIS, R.K. [Tese]. Ribeirão Preto: **Qualidade de vida de portadores do HIV/AIDS: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais.** Universidade de São Paulo, 2008.

REMOR, E. Systematic Review of the Psychometric Properties of the Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH). *Patient.* v. 6, p. 61-73, 2013a.

REMOR, E. Release of an Online Self-Reporting Tool for Assessing Adherence to Antiretroviral Therapy (CEAT-VIH). *J Antivir Antiretrovir*, v. 5, n. 7, p. 178-9, 2013b.

REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. *Rev. Psicothema*, v.14, n.2, p.: 262-7, 2002.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Brazilian adaptation of the Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire. *Rev. Saude Publica*, v. 41, n. 5, p.: 685-94, 2007.

RITTA, C.O; GORLA, M.C; HEIN, N. Modelo de regressão logística para análise de risco de crédito em uma instituição de microcrédito produtivo orientado. *Iberoamerican Journal of Industrial Engineering*, v. 7, n. 13, p. 103- 122, 2015.

SALAM, C.; MORRIS, M.; ARMISTEAD, L.; KOENIG, L.J.; DEMAS, P.; FERDON, C. et al. Depressive and conduct disorder symptoms in youth living with HIV: the independent and interactive roles of coping and neuropsychological functioning. *AIDS Care*, v. 25, n.2, p. 160-168, 2013.

SANTOS, S.L.F.; SOUSA, P.L.C.; FONTELES, M.M.F.; BARROS, B.N.T. Fatores desfavoráveis na adesão à terapia antirretroviral e diagnóstico sorológico: revisão da literatura. *Rev. Expressão Católica Saúde*, v.3, n.1, p. 42-46, Jun. de 2018.

SASAKI, R.S.A.; LELES, C.R.; MALTA, D.C.; SARDINHA, L.M.V.; FREIRE, M.C.M. Prevalência de relação sexual e fatores associados em adolescentes escolares de Goiânia, Goiás, Brasil. *Rev. Ciênc. saúde coletiva*, v. 20, n. 1, p. 95-104, jan. de 2015.

SEILD, E.M.F.; ZANNON, C.M.L.C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cadernos de Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 20, n. 2, p.:580-8, 2004.

SIDDIQI, N. **Credit risk scorecards: developing and implementing inteligente credit scoring**. Hoboken: John Wiley & Sons, 2012.

SILVA, A.C.O. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos sócio-demográficos, clínicos, psicoemocionais e adesão ao tratamento. [Tese]; Escola de Enfermagem de Ribeirão preto/ USP. Ribeirão Preto, 2013a. 107p.

SILVA, J. et al. Quality of life of people living with HIV, *AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV*, v. 25, n.1, p.71-76, 2013b.

SILVA, R.A.R. et al. Perfil clínicoepidemiológico de adultos hiv-positivo atendidos em um hospital de Natal/RN. *Ver. Fund. Care*, v. 8, n. 3, p. 4689-4696, jul/set, 2016.

SILVA, C.A.O. **Acalanto: perfil espiritual de pacientes com HIV/AIDS**. [Dissertação]; Programa de Pós Graduação em Ciências das Religiões. Universidade Federal da Paraíba. João Pessoa, 2019. 160p.

SILVA, C.M; WEBBER, R.N.M.R.; PEDER, L.D. *et al*. Prevalência de HIV em crianças/adolescentes em um centro de referência no Sul do Brasil. **Rev. Pre. Infec. e Saúde**. v. 3, n. 3, p.30-7, 2017. Disponível em: <http://www.ojs.ufpi.br/index.php/nupcis/article/view/6605>. Acesso em: 18 de jul. de 2018.

SIMON, V.; HO, D.D.; ABDOL KARAM, Q. HIV/AIDS epidemiology, pathogenesis, prevention, and treatment. **Lancet**. v. 5, p. 489-504, 2006. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2913538/>. Acessado em: 22 de mai. de 2019.

SOUSA, A. I. A. **Uso da carga viral e de técnicas de georreferenciamento como contribuição para o monitoramento da transmissão de HIV/AIDS no Brasil, 1996 a 2011**. [Dissertação]. Núcleo de Medicina. Universidade de Brasília; 2014.

SOUZA, A.C.;ALEXANDRE,N.M.C.;GUIRARDELLO, E.B. Propriedades psicométricas na avaliação de instrumentos: avaliação da confiabilidade e da validade. **Epidemiol. Serv.Saúde**, Brasília, v.26, n.3, p.649-659, Sept. 2017.

TAQUETTE, S.R.; MATOS, H.J.; RODRIGUES, A.O. *et al*. A epidemia de AIDS em adolescentes de 13 a 19 anos, no município do Rio de Janeiro: descrição espaço-temporal. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**. v. 44, n. 4, p. 467-70, 2011.

TAQUETTE, S. R.; RODRIGUES, A. O.; BORTOLOTTI, L. R. Infecção pelo HIV em adolescentes do sexo feminino: um estudo qualitativo. **Rev Panam Salud Publica**, v. 37, n. 4/5, p.:324–9, 2015. Disponível em: <https://www.scielosp.org/article/rpsp/2015.v37n4-5/324-329/> . Acesso em: 30 de out. de 2019.

TELLO-VELÁSQUEZ, J.R.; DÍAZ-LLANES, B.E.; MEZONES-HOLGUÍN, E.; RODRÍGUEZ-MORALES, A.J.; HUAMANÍ, C.; HERNÁNDEZ, A.V.; ARÉVALO-ABANTO, J. La mala calidad de sueño se asocia a una menor adherencia al tratamiento antirretroviral de gran actividad em pacientes peruanos com infección por VIH/SIDA. **Cad saúde pública**, v. 31, n.5, p.989-1002, 2015. Disponível em: [http:// dx.doi.org/10.1590/0102-311X00010014](http://dx.doi.org/10.1590/0102-311X00010014). Acesso em: 03 de Nov. 2019.

The WHOQOL Group. (1995). The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): Position paper from the world health organization. *Social Sciences and Medicine*, n. 41, 1403-1409. doi: 10.1023/A:1013867826835.

TRAN, B. X. Quality of Life Outcomes of Antiretroviral Treatment for HIV/AIDS Patients in Vietnam. *PLoS ONE*, v. 7, n. 7, p. e41062, 2012.

UNAIDS. **Resumo informativo: dia Mundial Contra a AIDS 2018**. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/12/UNAIDSBR_FactSheet.pdf. Acesso em 18 de jul. de 2019.

UNAIDS; ONUSIDA. *Chegando a zero: estratégia 2011-2015*. 2010.

VIEIRA, S.; HOSSNE, W. S. **Metodologia científica para a área da saúde**. Elsevier Brasil, 2015.

VIEIRA, J. M.; ALVES L. C. O comportamento da idade média à união e ao casamento no Brasil em 2000 e 2010. *Campinas-SP. Rev. Lap.* n.19, p. 107-126, Jul. dez, 2016 .

VIDO, M. B.; FERNANDES, R. A. Q. Quality of life: considerations about concept and instruments of measure. **Online Brazilian Journal of Nursing**, v. 6, n. 2, ago. 2007. Disponível em: <http://www.objnursing.uff.br/index.php/nursing/article/view/j.16764285.2007.870/197>. Acesso em: 10 de jun. 2019.

VILLA, I. C.; VINACCIA, S. Adhesión terapêutica y variables psicológicas asociadas em pacientes com diagnóstico de VIH-sida. **Rev. Psicología y Salud**. vol.16, n.1, p.51-62, jan-jun. de 2006.

WHOQOL HIV GROUP. WHOQOL-HIV for quality of life assessment among people living with HIV and AIDS: results from the field test. **Journal AIDS Care**, v. 16, n. 7, p. 882–9, out. 2004.

ZANCANARO, V. *et al.* O papel dos medicamentos no controle da carga viral e de células cd4 em pacientes com HIV de uma cidade do meio- oeste de Santa Catarina. **Rev. Univasp**, v.23, n.43. Dez. de 2017. Disponível em: <https://doaj.org/article/5a5642561b2d42579aa196f7f62fbec8?gathStatIcon=true>. Acesso em: 31 de Out., 2019.

ZIMPEL, R. R.; FLECK, M. P. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. **Journal AIDS care**, v. 19, n. 7, p.; 923–30, ago. 2007.

ZIMPEL, R. R.; FLECK, M. P. **Avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais de saúde**. Porto Alegre: Artmed, 2008.

Figura 1- Disponível em: pt.khanacademy.org/science/biology/biology-of-viruses/virus-biology/a/animal-viruses-hiv. Acesso em: 15 de jul. 2019.

APÊNDICES
APÊNDICE A- DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS, VIDA AFETIVO-SEXUAL E
ASPECTOS CLÍNICOS RELACIONADOS AO HIV/AIDS

| IDENTIFICAÇÃO | |
|---|--|
| 1. Número de identificação (nº do prontuário): | Município: |
| 2. Data de nascimento: ____/____/____ | Idade: |
| 3. Sexo: <input type="checkbox"/> Feminino <input type="checkbox"/> Masculino | |
| 4. Raça: <input type="checkbox"/> Branca <input type="checkbox"/> Negra <input type="checkbox"/> Indígena <input type="checkbox"/> Amarela <input type="checkbox"/> Parda | |
| 5. Escolaridade: | |
| <input type="checkbox"/> Analfabeto | <input type="checkbox"/> Ensino fundamental completo |
| <input type="checkbox"/> Sabe ler e escrever | <input type="checkbox"/> Ensino médio incompleto <input type="checkbox"/> Superior incompleto |
| <input type="checkbox"/> Ensino fundamental incompleto | <input type="checkbox"/> Ensino médio completo <input type="checkbox"/> Superior completo |
| 6. Estado civil: | |
| <input type="checkbox"/> Solteiro(a) | <input type="checkbox"/> Casado(a) <input type="checkbox"/> Divorciado(a) |
| <input type="checkbox"/> Vivendo como casado(a) | <input type="checkbox"/> Divorciado(a) <input type="checkbox"/> Viúvo(a) |
| 7. Religião: | |
| <input type="checkbox"/> Católico | <input type="checkbox"/> Protestante <input type="checkbox"/> Espírita <input type="checkbox"/> Não tem religião <input type="checkbox"/> Outros |
| 8. Qual sua categoria de exposição: | |
| <input type="checkbox"/> Transmissão vertical | <input type="checkbox"/> Sanguínea/transusão |
| <input type="checkbox"/> Sexual | <input type="checkbox"/> Perfuro cortante |
| <input type="checkbox"/> Sanguínea/UDI | <input type="checkbox"/> Outros _____ |
| 9. Qual sua orientação sexual: | |
| <input type="checkbox"/> Bissexual | <input type="checkbox"/> Homossexual <input type="checkbox"/> Transexual <input type="checkbox"/> Heterossexual |
| SAÚDE SEXUAL E REPRODUTIVA | |
| 10. Tem ou teve parceiro sexual? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | |
| Se "Não" vá para pergunta 10. Se sim, responder da 10.1 a 10.8 | |
| 10.1 Tem parceiro fixo? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | |
| 10.2 Há quanto tempo você se relaciona/relacionou com o atual/ último parceiro? | |
| _____ anos | _____ meses _____ semanas _____ dias |
| 10.3 Seu parceiro sexual sabe/sabia que você tem HIV? <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Ignorado | |
| 10.4 Qual a situação sorológica do (a) parceiro? | |
| <input type="checkbox"/> Positivo | <input type="checkbox"/> Negativo <input type="checkbox"/> Não quer fazer o teste <input type="checkbox"/> Em investigação |
| <input type="checkbox"/> Não fez o teste porque não sabe da soropositividade do parceiro <input type="checkbox"/> Faleceu com HIV+ | |
| 10.5 Quanto ao uso de preservativo você: | |
| <input type="checkbox"/> Usa preservativo sempre | <input type="checkbox"/> Só uso preservativo se meu parceiro pedir/insistir |
| <input type="checkbox"/> Usa preservativo às vezes, por iniciativa própria | <input type="checkbox"/> Nunca usa preservativo |
| 10.6 Você já esteve grávida ou engravidou alguém? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim | |
| 10.7 Você já fez algum aborto <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim <input type="checkbox"/> Não se aplica | |
| 10.8 Você tem filhos? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se sim, quantos _____ | |
| HISTÓRICO DA DOENÇA | |
| 11. Quanto tempo de diagnóstico HIV positivo? Especificar o ano _____ | |
| 12. Faz uso de medicação para o HIV (terapia antirretroviral)? | |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim há quanto tempo _____ | |
| 13. Já mudou esquema terapêutico por resistência (falha terapêutica)? | |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quantas vezes _____ | |
| 14. Já foi internado alguma vez por causa de complicações do HIV ou infecção oportunistas? | |
| <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim. Se sim, quantas vezes: _____ | |
| 15. Faz tratamento profilático para IO? <input type="checkbox"/> Não <input type="checkbox"/> Sim, se sim qual medicamento(s) _____ | |
| 16. Qual esquema de TARV que você faz uso atualmente? _____ | |
| 17. Contagem de células TCD4+: | |
| TCD4 + inicial: _____ (nº absoluto/mm3) Data ____/____/____ | |
| TCD4 no último exame: _____ (nº absoluto/mm3) Data ____/____/____ | |
| 18. Carga viral- RNA PCR: | |
| Carga viral inicial: _____ (cópias/mm) Data ____/____/____ | |
| Carga viral no último exame: _____ (Cópias/mm) Data ____/____/____ | |

APÊNDICE B- TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Prezado (a) Senhor (a)

Esta pesquisa é sobre **“QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS E SUA ASSOCIAÇÃO COM ASPECTOS CLÍNICOS E ADESÃO AO TRATAMENTO”**, e está sendo desenvolvida pela pesquisadora Rebeca Rocha Carneiro, aluna do Mestrado de Programa de Pós graduação em Modelos de Decisão e Saúde da Universidade Federal da Paraíba, sob a orientação dos professores, Caliandra Maria Bezerra Luna Lima e Hemílio Fernades Campos Coêlho e tem como objetivo “Avaliar a qualidade de vida de adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento”, a fim de subsidiar ações que venham a contribuir para o desenvolvimento de medidas de intervenções e controle de causas que possam estar interferindo na qualidade de vida dos adolescentes e jovens vivendo com esta afecção, bem como, ter um parâmetro confiável da qualidade de vida e qual sua associação com outras medidas.

A finalidade deste trabalho é realizar uma profunda análise das informações acerca da epidemiologia e dos fatores que interferem na qualidade de vida dos adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids para que sejam disponibilizadas para auxiliar nas decisões a serem tomadas pelos profissionais da área da saúde e correlatas no sentido de prevenir e controlar os fatores que podem afetar a QV destas pessoas, desse modo, proporcionando aos indivíduos afetados melhores condições de vida.

Solicitamos a sua colaboração para responder ao questionário e aos instrumentos específicos pra avaliação da qualidade de vida e adesão ao tratamento, como também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional. Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto. Informamos que essa pesquisa poderá gerar incômodos em sua saúde física ou mental como, emoção, choro, e abalo psicológico ao expor seus sentimentos. Caso ocorra algum tipo de incômodo, algumas medidas serão tomadas pela pesquisadora para prevenir e/ou minimizar tais riscos, como, interrupção da entrevista e diálogo individualizado em local calmo e tranquilo com apoio da equipe local. Afirmo que a pesquisa não trará riscos de forma direta ou indireta que possa prejudicar sua vida ou suas relações sociais. Informo ainda, que a presente pesquisa, trará com benefícios, contribuição para ampliar o conhecimento científico na área da saúde do adolescente, trazendo informações oportunas para acerca da epidemiologia e dos fatores que interferem na QV dos adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, a fim de subsidiar ações estratégicas que venham reduzir os fatores que podem influenciar na qualidade de vida desse grupo populacional.

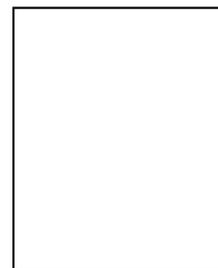
Esta pesquisa está de acordo com a Resolução 466/12 da Comissão Nacional de Ética em Pesquisa do Ministério da Saúde (CONEP/MS).

Esclarecemos ainda que sua participação no estudo é voluntária e, portanto, o(a) senhor(a) não é obrigado(a) a fornecer as informações e/ou colaborar com as atividades solicitadas pelo Pesquisador(a). Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo neste Serviço de Saúde (Complexo Hospitalar Dr. Clementino Fraga).

Os pesquisadores estarão a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa.

Diante do exposto, declaro que fui devidamente esclarecido(a) e dou o meu consentimento para participar da pesquisa e para publicação dos resultados. Estou ciente que receberei uma cópia desse documento.

Assinatura do Participante da Pesquisa
ou Responsável Legal
(Rubricar as demais páginas)



dactiloscópica

Assinatura da Testemunha

Contato do Pesquisador (a) Responsável:

Endereço: Rua Capitão Antônio Mendes de Sousa Neto, 252, Miramar. João Pessoa/PB.

CEP: 58032-063

Fone: (083) 98842-8841

E-mail: rebecamachadorocha@hotmail.com

Ou

Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde

Universidade Federal da Paraíba/CCEN/Departamento de Estatística. Cidade Universitária
S/N.

CEP:58051-900. João Pessa/PB.

Fone: (083)32167592. Fax: (083) 3216-7487. E-mail: mds@de.ufpb.br

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da
Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

Atenciosamente,

Assinatura do Pesquisador Responsável
(Rubricar as demais páginas)

Assinatura do Pesquisador Participante
(Rubricar as demais Páginas)

APÊNDICE C- TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa **“QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E ADULTOS JOVENS VIVENDO COM AIIH/AIDS E SUA ASSOCIAÇÃO COM ASPECTOS CLÍNICOS E ADESÃO AO TRATAMENTO”**. Nesta pesquisa pretendemos, “Avaliar a qualidade de vida de adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento”. O motivo que nos leva a estudar esse assunto é subsidiar ações que venham a contribuir para o desenvolvimento de medidas de intervenções e controle de causas que possam estar interferindo na qualidade de vida dos adolescentes e jovens vivendo com esta afecção, bem como, ter um parâmetro confiável da qualidade de vida e qual sua associação com outras medidas.

Para esta pesquisa adotaremos os seguintes procedimentos: inicialmente será disponibilizado um questionário contendo dados pessoais e clínicos para ser respondido. Em seguida será disponibilizado instrumentos específicos pra avaliação da qualidade de vida e adesão ao tratamento a ser respondido e se necessário os prontuários serão consultados para complementar informações.

Para participar desta pesquisa, o responsável por você deverá autorizar e assinar um termo de consentimento. Você não terá nenhum custo, nem receberá qualquer vantagem financeira. Você será esclarecido (a) em qualquer aspecto que desejar e estará livre para participar ou recusar-se. O responsável por você poderá retirar o consentimento ou interromper a sua participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar não acarretará qualquer penalidade ou modificação na forma em que é atendido(a) pelo pesquisador que irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Você não será identificado em nenhuma publicação. Esta pesquisa apresenta **“RISCO MÍNIMO”**, pois poderá gerar incômodos em sua saúde física ou mental como, emoção, choro, e abalo psicológico ao expor seus sentimentos. Caso ocorra algum tipo de incômodo, algumas medidas serão tomadas pela pesquisadora para prevenir e/ou minimizar tais riscos, como, interrupção da entrevista e diálogo individualizado em local calmo e tranquilo com apoio da equipe local. Afirmo que a pesquisa não trará riscos de forma direta ou indireta que possa prejudicar sua vida ou suas relações sociais. Informo ainda, que a presente pesquisa, trará com benefícios, contribuição para ampliar o conhecimento científico na área da saúde do adolescente, trazendo informações oportunas para acerca da epidemiologia e dos fatores que interferem na QV dos adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids, a fim de subsidiar ações estratégicas que venham reduzir os fatores que podem influenciar na qualidade de vida desse grupo populacional.

Apesar disso, caso sejam identificados e comprovados danos provenientes desta pesquisa, você tem assegurado o direito à indenização. É esclarecido, também, que a sua participação na pesquisa não trará nenhum tipo de pagamento ou privilégios, contudo, os conhecimentos obtidos nesta investigação poderão beneficiar o seu tratamento neste hospital. O participante será **“RESSARCIDO”** no valor do transporte se houver necessidade de se deslocar para instituição hospitalar no qual é atendido a fim de participar da pesquisa. Os resultados estarão à sua disposição quando finalizada. Seu nome ou o material que indique sua participação não será liberado sem a permissão do responsável por você. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 anos, e após esse tempo serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias: uma cópia será arquivada pelo pesquisador responsável, e a outra será fornecida a você.

Os pesquisadores tratarão a sua identidade com padrões profissionais de sigilo, atendendo a legislação brasileira (Resolução Nº 466/12 do Conselho Nacional de Saúde), utilizando as informações somente para os fins acadêmicos e científicos.

Eu, _____, portador (a) do documento de Identidade _____, fui informado (a) dos objetivos da presente pesquisa, de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que a qualquer momento poderei solicitar novas informações, e o meu responsável poderá modificar a decisão de participar se assim o desejar. Tendo o consentimento do meu responsável já assinado, declaro que concordo em participar dessa pesquisa. Recebi uma cópia deste termo de assentimento e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas *dúvidas*.

João Pessoa, ____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do (a) menor
(Rubricar as demais páginas)

Assinatura do(a) pesquisador(a)
(Rubricar as demais páginas)

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos desta pesquisa, você poderá consultar:

Pesquisador Responsável:

Endereço: Rua Capitão Antônio Mendes de Sousa Neto, 252, Miramar. João Pessoa/PB.

CEP: 58032-063

Fone: (083) 98842-8841

E-mail: rebecamachadorocha@hotmail.com

Ou

Programa de Pós Graduação em Modelos de Decisão e Saúde

Universidade Federal da Paraíba/CCEN/Departamento de Estatística. Cidade Universitária S/N.

CEP:58051-900. João Pessa/PB.

Fone: (083)32167592. Fax: (083) 3216-7487. E-mail: mds@de.ufpb.br

Ou

Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba Campus I - Cidade Universitária - 1º Andar – CEP 58051-900 – João Pessoa/PB

☎ (83) 3216-7791 – E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

ANEXOS

ANEXO A: QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA-WHOQOL-HIV-ABREVIADO

ORIENTAÇÕES

Esse questionário se refere a como você se sente a respeito da sua qualidade de vida. Responda atentamente a todas as questões e caso você fique em dúvida em qual alternativa marcar, escolha entre as alternativas mais apropriada. Todas as respostas devem ser respondidas tendo como referência as duas últimas semanas. Segue exemplo de como responder, pensando nas últimas duas semanas:

| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente | |
|---|------|-------------|---------------|----------|--------------|---------|
| 10.O quanto você se preocupa com a morte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo10___ |

Circule o número que melhor corresponde ao quanto você se preocupa com a morte nas duas últimas semanas. Caso você se preocupe muito pouco, circule o número 2.

| Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe pareça ser a melhor resposta. | | | | | | |
|--|------------------|--------------|---------------------------------|------------|------------------|---------|
| | 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 satisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito | |
| 2- Quão satisfeito (a) você está com a sua saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo2___ |
| As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentindo algumas coisas nas últimas duas semanas. | | | | | | |
| | 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 pelo HIV? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo4___ |
| 5- Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida? | 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 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___ |
| 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___ |
| | Nada | Muito pouco | Mais ou menos | Bastante | Extremamente | |
| 13- Quão saudável é seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo13___ |

| As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas. | | | | | | |
|--|--------------------|---------------|---------------------------------|-----------------------|------------------|---------|
| | Nada | Muito pouco | Médio | Muito | Completa-mente | |
| 14- Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo14_ |
| 15- Você é capaz de aceitar sua aparência física? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo15_ |
| 16- Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo16_ |
| 17- Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo17_ |
| 18- Quão disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo18_ |
| 19- Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo19_ |
| | Muito ruim | Ruim | Nem ruim nem bom | Bom | Muito bom | |
| 20- Quão bem você é capaz de se locomover? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo20_ |
| As questões seguintes perguntam sobre quão bem satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas. | | | | | | |
| | Muito insatisfeito | Insatisfeito | Nem satisfeito Nem insatisfeito | Satisfeito | Muito satisfeito | |
| 21- Quão satisfeito(a) você está com seu sono? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo21___ |
| 22- Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo22___ |
| 23- Quão satisfeito(a) com sua capacidade para o trabalho? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo23___ |
| 24- Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo24___ |
| 25- Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colega)? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo25___ |
| 26- Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo26___ |
| 27- Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo27___ |
| 28- Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo28___ |
| 29- Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo29___ |
| 30- Quão satisfeito(a) você está com seu meio de transporte? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo30___ |
| | Nunca | Algumas vezes | Frequentemente | Muito frequen-temente | Sempre | |
| 31- Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | Wo31___ |

ANEXO B- CARTA DE AUTORIZAÇÃO DE USO DO QUESTIONÁRIO PARA
AVALIAÇÃO DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL -CEAT-HIV



PPGPSICO
UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL

Porto Alegre, 16/07/2019.

AUTORIZAÇÃO DE USO DO CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN
DE LA ADESIÓN AL TRATAMIENTO – VIH (CEAT-VIH©) Copyright by
EDUARDO REMOR

Por este meio, Eu, Prof. Dr. Eduardo Remor, autor e proprietário dos direitos autorais do "Cuestionario para la Evaluación de la Adesión al Tratamiento - VIH (CEAT-VIH©)" em todas suas versões, autorizo a REBECA ROCHA CARNEIRO (em representação da equipe), o uso do questionário CEAT-VIH versão online em português, em seu projeto de pesquisa: "QDV de adolescentes e jovens vivendo com HIV/AIDS e sua associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento". Esta autorização não tem limite de prazo, mas é restrita ao presente projeto.

A versão online poderá ser acessada via web <http://www.ceat-vih.info>; em dispositivos moveis ou PCs com acesso a internet. Foi fornecido um código para uso do sistema de avaliação.

Para maiores detalhes sobre a versão online consulte: Remor, E. (2013). Release of an Online Self-Reporting Tool for Assessing Adherence to Antiretroviral Therapy (CEAT-VIH). J Antivir Antiretrovir 5:178-179. doi: 10.4172/jaa.1000085

Não pode ser incluído cópia do instrumento em anexo a projetos, dissertações ou teses, ou artigos.

O não cumprimento destas normas será penalizado de acordo as leis de direitos autorais.

Cordialmente,

Prof. Dr. Eduardo Remor
Professor Adjunto. PPG em Psicologia. Instituto de Psicologia
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL

ANEXO C- PARECER CONSUBSTANCIADO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: QUALIDADE DE VIDA DE ADOLESCENTES E JOVENS VIVENDO COM HIV/AIDS E SUA ASSOCIAÇÃO COM ASPECTOS CLÍNICOS E ADEÇÃO AO TRATAMENTO

Pesquisador: REBECA ROCHA CARNEIRO

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 02663718.7.0000.5188

Instituição Proponente: Universidade Federal da Paraíba

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.048.466

Apresentação do Projeto:

Projeto de dissertação de mestrado com proposta de estudo descritivo, de corte transversal e natureza quantitativa.

Objetivo da Pesquisa:

Avaliar a qualidade de vida de adolescentes e jovens vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos clínicos e adesão ao tratamento.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos mínimos e imprevisíveis como desconforto psicológico.

Benefícios: ampliar o conhecimento científico na área da saúde do adolescente. Subsidiar ações que venham a contribuir para o desenvolvimento de medidas de intervenções e controle de causas que possam estar interferindo na qualidade de vida dos adolescentes e jovens vivendo com esta afecção, bem como, ter um parâmetro confiável da qualidade de vida e qual sua associação com outras medidas. Auxiliar nas decisões a serem tomadas pelos profissionais da área da saúde e correlatas no sentido de prevenir e controlar os fatores que podem afetar a QV destas pessoas, desse modo, proporcionando aos indivíduos afetados melhores condições de vida.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

sem comentários

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

**UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA**



Continuação do Parecer: 3.048.466

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

apresentou todos os termos e documentos obrigatórios

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

sem pendências

Considerações Finais a critério do CEP:

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou a execução do referido projeto de pesquisa.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à submissão do Relatório Final na Plataforma Brasil, via Notificação, para fins de apreciação e aprovação por este egrégio Comitê.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

| Tipo Documento | Arquivo | Postagem | Autor | Situação |
|---|---|------------------------|--------------------------|----------|
| Informações Básicas do Projeto | PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1245828.pdf | 26/11/2018 13:31:50 | | Aceito |
| Outros | Justificativa.docx | 26/11/2018 13:20:03 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Projeto Detalhado / Brochura Investigador | PROJETOCOMITE.docx | 09/11/2018 21:06:49 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Cronograma | CRONOGRAMA.pdf | 09/11/2018 20:56:51 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Orçamento | PREVISAORCAMENTARIA.pdf | 09/11/2018 20:56:30 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Outros | DadosPT.pdf | 09/11/2018 20:51:41 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Outros | certidao.pdf | 09/11/2018 20:50:38 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TCLE.pdf | 09/11/2018 20:49:07 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência | TALE.pdf | 09/11/2018 20:48:42 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Folha de Rosto | Folhaderosto.pdf | 09/11/2018 20:47:47 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

UFPB - CENTRO DE CIÊNCIAS
DA SAÚDE DA UNIVERSIDADE
FEDERAL DA PARAÍBA



Continuação do Parecer: 3.048.466

| | | | | |
|--------|--------------------------|------------------------|--------------------------|--------|
| Outros | QUESTIONARIOPROJETO.docx | 09/11/2018 11:51:33 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Outros | instrumento2.docx | 09/11/2018 11:46:41 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Outros | instrumentoqv.pdf | 09/11/2018 11:45:46 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |
| Outros | img001.pdf | 09/11/2018 11:21:17 | REBECA ROCHA CARNEIRO | Aceito |

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

JOAO PESSOA, 30 de Novembro de 2018

Assinado por:

**Eliane Marques Duarte de Sousa
(Coordenador(a))**

Endereço: UNIVERSITARIO S/N

Bairro: CASTELO BRANCO

CEP: 58.051-900

UF: PB

Município: JOAO PESSOA

Telefone: (83)3216-7791

Fax: (83)3216-7791

E-mail: comitedeetica@ccs.ufpb.br

