

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM SAÚDE E COMPORTAMENTO

SUSANE MÜLLER KLUG PASSOS

AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO EM PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL

Pelotas

2017

SUSANE MÜLLER KLUG PASSOS

**AVALIAÇÃO DE COMPORTAMENTOS DE RISCO EM PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS
EM UM CENTRO DE REFERÊNCIA NO SUL DO BRASIL**

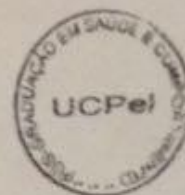
Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas como requisito parcial para a obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento.

Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza.

Pelotas
2017

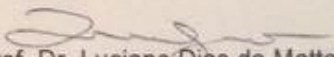


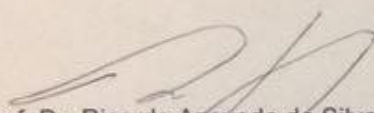
UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS

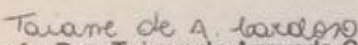


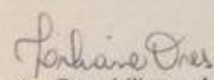
ATA DE ENCERRAMENTO

Aos vinte e três dias do mês de fevereiro do ano de dois mil e dezessete, na sala 426C, Campus I desta Universidade, reuniu-se a Comissão de Avaliação do Doutorado em Saúde e Comportamento, para arguir a doutoranda **SUSANE MÜLLER KLUG PASSOS**. Esta apresentação constitui um requisito parcial para a obtenção do grau de Doutora. A comissão esteve constituída pelos professores Ricardo Azevedo da Silva, Taiane de Azevedo Cardoso e Liliane da Costa Ores. A banca 4 aprovou a candidata para a obtenção do grau de Doutora em Saúde e Comportamento, com mínimas reformulações. Nada mais havendo a constar, eu, Luciano Dias de Mattos Souza na qualidade de Coordenador da Banca Examinadora, lavrei a presente ata que vai assinada por mim e pelos membros da Comissão de Avaliação.


Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza


Prof. Dr. Ricardo Azevedo da Silva


Profa. Dra. Taiane de Azevedo Cardoso


Profa. Dra. Liliane da Costa Ores

Aos meus pais, Hermes e Hildegarth, que não mediram esforços para dar a mim e as minhas irmãs a melhor educação, proporcionando que tenhamos sempre chance de escolher.

Agradecimento

Ao meu marido, Nestor, pelo incentivo permanente e por suportar tanta ausência, por saber compartilhar a felicidade que me proporciona a dedicação à minha profissão.

Ao meu orientador prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza, por ser tão competente e confiante, estimulando o meu crescimento profissional e pessoal, combinação perfeita com meu otimismo e resiliência.

Aos meus entrevistadores Sally Knevitz da Silva, Douglas Klug Reinhardt, Suelen de Lima Bach, Paulínia Leal do Amaral e Cristal Marques, pelo comprometimento e seriedade com que abraçaram uma tarefa difícil para quem tinha tão pouca experiência.

À Dr^a. Bárbara Coiro Spessato, pela disponibilidade e paciência, por horas de leitura e discussão.

A toda equipe do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas, pelo apoio durante os anos de estudo nesta instituição.

À direção da Faculdade de Medicina da Universidade Federal de Pelotas (UFPEL), que possibilitou a realização da pesquisa de campo.

À chefia, administração e recepcionistas do ambulatório de Clínica Médica da Faculdade de Medicina – UFPEL, pela cooperação durante o trabalho de campo.

À equipe de profissionais da Unidade de Dispensação de Antirretrovirais do SAE – Pelotas, pela cooperação no fornecimento dos dados necessários durante a coleta de dados.

À enfermeira Denise dos Santos Simões, colega e amiga querida, que se foi cedo e intempestivamente, no melhor momento, deixando um legado de dedicação indiscriminada.

Aos demais médicos do SAE – Pelotas, meus amigos de longa data, com quem eu convivo com prazer e orgulho, formando um grupo de trabalho que é um exemplo de profissionalismo e amizade.

Às minhas irmãs, Dóris e Adriane, ligadas a mim pelo que parece elástico, mas que é o elo perfeito de uma corrente que não quebra.

Aos meus avós, tios e primos, pelo exemplo de coragem, cada qual em algum momento no tempo.

Aos meus sobrinhos, para quem desejo ser um espelho.

RESUMO

Introdução: A infecção pelo vírus HIV não é mais uma ameaça de morte eminente, mas uma doença crônica associada a maior expectativa de vida. Com o advento da terapia antirretroviral como preconizada atualmente as pessoas portadoras de HIV/AIDS passaram a viver por tempo indefinido, mas continuaram submetidas a estigma social e eventos estressores com maior frequência e intensidade que outras doenças crônicas. Estas situações já foram estatisticamente relacionadas com comportamentos de risco nesta população. **Objetivo:** Este estudo teve como objetivo avaliar comportamentos de risco em pessoas vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência no sul do Brasil. O artigo 1 avaliou as diferenças dos fatores associados a abuso/dependência de substâncias psicoativas entre homens e mulheres vivendo com HIV/AIDS. O artigo 2 avaliou a prevalência de risco de suicídio e fatores relacionados nesta população. **Métodos:** Estudo transversal com pessoas vivendo com HIV/AIDS atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) em Pelotas, região sul do Brasil. Os seguintes instrumentos foram utilizados na pesquisa: um questionário com dados sociodemográficos e clínicos; *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST), para avaliação de abuso/dependência de substâncias psicoativas; e *Mini International Neuropsychiatric Interview*, module C (MINI), para avaliação de risco de suicídio. **Resultados:** Artigo 1: A prevalência de abuso/dependência de substâncias psicoativas foi maior entre os homens do que entre as mulheres: 22,1% e 9,9%, respectivamente. Os fatores associados a abuso/dependência de substâncias psicoativas diferiram em relação ao sexo. Após análise multivariada, na amostra masculina, idade menor que 47 anos, desemprego, status socioeconômico, abuso/dependência de tabaco, ansiedade, comorbidades e rota de infecção, foram independentemente associados com abuso/dependência de substâncias psicoativas; na amostra feminina, idade menor que 35 anos, abuso/dependência de tabaco e comportamento sexual (mulheres que fazem sexo com mulheres) foram independentemente associados com abuso/dependência de substâncias psicoativas. Artigo 2: A prevalência de risco de suicídio foi elevada nesta população: 34.1% da amostra. Na análise multivariada, sexo feminino, idade até 47 anos, desemprego, ansiedade, depressão e abuso/dependência de substâncias psicoativas foram independentemente relacionados com risco de suicídio. **Conclusões:** As prevalências dos comportamentos de risco avaliados nesta amostra de pessoas vivendo com HIV/AIDS foram elevadas, em concordância com a literatura sobre o assunto. Homens tiveram maior prevalência de abuso/dependência de substâncias psicoativas e também maior número de

fatores associados. Entre as mulheres, comportamento sexual foi independentemente relacionado com abuso/dependência de substâncias psicoativas. Risco de suicídio foi relacionado com fatores sociodemográficos e clínicos.

Palavras-chave: HIV, Suicídio, Abuso, Dependência, Substâncias Psicoativas.

ABSTRACT

Introduction: HIV infection is no longer a threat of impending death, but it is instead a chronic disease associated with longer life expectancy. With the antiretroviral therapy advent as currently advocated, people living with HIV/AIDS live indefinitely, but they continued to be subjected to social stigma and stressful events more frequently and intensively than other chronic diseases. These situations have already been statistically related to risk behaviors in this population. **Objective:** This study aimed to evaluate risk behaviors in people living with HIV/AIDS in a referral center in southern Brazil. Article 1 assessed the differences in factors associated with psychoactive substance abuse/dependence among men and women living with HIV/AIDS. Article 2 assessed the suicide risk prevalence and related factors in this population. **Methods:** A cross-sectional study with people living with HIV/AIDS attended at the Specialized Assistance Service (SAS) in Pelotas, southern Brazil. The following instruments were used for the research: a sociodemographic and clinical questionnaire; Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST), for the psychoactive substance abuse/dependence evaluation; and Mini International Neuropsychiatric Interview, module C (MINI), for the suicide risk evaluation. **Results:** Article 1: The psychoactive substances abuse/dependence prevalence was higher among men than among women, 22.1% and 9.9%, respectively. The associated factors with psychoactive substances abuse/dependence differed with respect to gender. After multivariate analysis, in the male sample, age less than 47 years old, unemployment, socioeconomic status, tobacco abuse/dependence, anxiety, comorbidities and route of infection were independently associated with psychoactive substances abuse/dependence; in the female sample, age less than 35 years old, tobacco abuse/dependence, and sexual behavior (women who have sex with women) were independently associated with psychoactive substance abuse/dependence. Article 2: The suicide risk prevalence was high in this population: 34.1% of the sample. In the multivariate analysis, female gender, age up to 47 years old, unemployment, anxiety, depression and substance abuse/dependence were independently related to the suicide risk. **Conclusions:** The prevalence of the risk behaviors assessed in this sample of people living with HIV/AIDS was high, in agreement with the literature on the subject. Men had higher psychoactive substances abuse/dependence prevalence than women, and also had greater associated factors number. Among women, sexual behavior was independently related to psychoactive substances abuse/dependence. Suicide risk was associated to sociodemographic and clinical factors.

Key words: HIV, Suicide, Abuse, Dependence, Psychoactive Substances.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 – Resumo dos artigos relevantes ao tema da pesquisa.....	27
Quadro 2 – Definição de caso de AIDS em adolescentes e adultos.....	36
Quadro 3 – Doenças indicadoras na definição de caso de AIDS (adultos).....	37
Quadro 4 – Classificação de renda familiar.....	39
Quadro 5 – Orçamento.....	41
Quadro 6 – Cronograma.....	42
Quadro 7 – Classes de substâncias psicoativas (ASSIST).....	50
Figura 1 – Hierarchical models for men and women samples for prevalence of psychoactive substances abuse/dependence in people living with HIV/AIDS (PLWHAs) attending at the Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) – Pelotas from December 2011 to June 2012 (n=625).....	74

LISTA DE TABELAS

Artigo 1

Tabela 1 – Prevalence of psychoactive substances abuse/dependence in people living with HIV/AIDS (PLWHAs) attending at the Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) - Pelotas from December 2011 to June 2012..... 75

Tabela 2 – Participants sociodemographic and clinical characteristics (n=625)..... 76

Tabela 3 – Analysis of sociodemographic factors and clinical characteristics associated at psychoactive substances[¶] abuse/dependence in people living with HIV/AIDS (PLWHAs) attending at the Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) - Pelotas from December 2011 to June 2012 (n=625)..... 78

Artigo 2

Tabela 1 – Multivariate analysis of sociodemographic factors and clinical characteristics associated with suicide risk among patients with HIV/AIDS, Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) – Pelotas (n = 211)..... 88

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ABEP	Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa
A/D	Abuso/Dependência
ADSP	Auso/Dependência de Substâncias Psicoativas
AIDS	Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>)
ARVT	<i>Antiretroviral Therapy</i>
ASSIST	<i>Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test</i>
CCEB	Critério de Classificação Econômica Brasil
CD4	Linfócitos T-CD4+
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CV	Carga Viral
DSM	<i>Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders</i>
HAART	Terapia Antirretroviral Altamente Ativa (<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>)
HAD	<i>Hospital Anxiety and Depression Scale</i>
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem Sexo com Homens
MINI	<i>Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0</i>
MOS	<i>Medical Outcomes Study</i>
MSM	Mulheres que Fazem Sexo com Mulheres
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
PLWHAs	<i>People Living with HI/AIDS</i>
PS	<i>Psychoactive Substances</i>
PSAD	<i>PS abuse/dependence</i>
PVHAs	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS
QV	Qualidade de Vida
RS	Risco de Suicídio
SAE	Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS
SAS	<i>Specialized Assistance Service for HIV/AIDS</i>
SF-36	<i>Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey</i>
SP	Substâncias Psicoativas
SSB	<i>Same-Sex Sexual Behavior</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

VL – *Viral Load*

WHO – Organização Mundial de Saúde (*World Health Organization*)

WHOQOL – *World Health Organization Quality of Life Instrument*

WHOQOL-100 – *World Health Organization Quality of Life instrument*

WHOQOL-HIV *Bref* – *World Health Organization Quality of Life Instrument* (WHOQOL),
versão breve, módulo específico para pacientes com HIV/AIDS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	15
PROJETO.....	17
1 IDENTIFICAÇÃO.....	17
1.1 Título.....	17
1.2 Titulação.....	17
1.3 Orientador.....	17
1.4 Instituição.....	17
1.5 Curso.....	17
1.6 Linha de pesquisa.....	17
1.7 Área de concentração.....	17
1.8 Data	17
2 INTRODUÇÃO.....	18
3 OBJETIVOS.....	20
4 HIPÓTESES.....	21
5 REVISÃO DE LITERATURA.....	22
5.1 Estratégias de busca.....	22
5.2 Fundamentação teórica.....	22
5.3 Quadro de revisão da literatura.....	27
6 MÉTODO.....	29
6.1 Delineamento.....	29
6.2 Participantes.....	29
6.3 Procedimentos e instrumentos.....	29
6.4 Processamento e análise dos dados.....	40
6.5 Aspectos éticos.....	40

6.6 Orçamento.....	41
6.7 Divulgação dos resultados.....	41
6.8 Cronograma.....	42
7 REFERÊNCIAS.....	43
8 PROGRESSÃO PARA DOUTORADO.....	48
9 ARTIGO 1.....	56
10 ARTIGO 2.....	80
11 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	91
ANEXOS.....	94
Anexo A: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.....	95
Anexo B: Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	96
Anexo C: Instrumentos.....	97
Anexo D: Solicitação para inclusão de avaliação de risco de suicídio.....	117
Anexo E: Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	119

APRESENTAÇÃO

Desde o início da epidemia decorrente da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) o ciclo da doença sofreu grandes transformações. Com o advento da terapia antirretroviral (TARV) altamente eficaz houve uma queda na mortalidade e a infecção pelo HIV tornou-se uma doença crônica. Milhões de pessoas estão atualmente vivendo com o vírus HIV ou complicações decorrentes deste, como a Síndrome de Imunodeficiência Humana Adquirida (AIDS). Ocorre que estas pessoas estão vivendo por tempo indefinido, mas submetidas às consequências de uma infecção viral que é controlável, mas ainda não curável, e ao estigma social fortemente associado a esta condição. Está estabelecido por estudos científicos que pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHAs) são mais frequentemente acometidas por doenças mentais, incluindo envolvimento com substâncias psicoativas (SP), e tem maior prevalência de comportamentos relacionados à suicidabilidade. Estas questões refletem na qualidade de vida (QV) destas pessoas, interferem na adesão a programas de tratamento e, por consequência, na evolução da infecção, aumentando a demanda de investimentos de recursos públicos em seu acompanhamento. Avaliando a evolução temporal, percebemos que se estabeleceu um status de doença crônica, com uma sobrevida maior, mas intrinsecamente relacionada à vulnerabilidade social e mental dos sobreviventes. Esta foi a motivação para a dissertação de mestrado que avaliou QV em PVHAs, no ano de 2011, nesta instituição de ensino. A tese apresentada a seguir também é oriunda deste projeto.

Este trabalho segue a formatação para teses e dissertações do Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPeL) e foi elaborado como requisito parcial para obtenção do grau de Doutor em Saúde e Comportamento. A tese está dividida em três partes: o projeto de pesquisa intitulado **“Avaliação de comportamentos de risco em pessoas vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência no sul do Brasil”**; os artigos, resultantes das atividades desenvolvidas com o projeto; e pelas considerações finais.

Na primeira parte é apresentado o projeto de pesquisa. Inicialmente é feita a introdução, sendo estabelecidos os objetivos e as hipóteses que foram testadas. Após, uma revisão de literatura sobre o tema é apresentada. Adicionalmente foi feita uma descrição da metodologia empregada, detalhando os procedimentos utilizados na execução do projeto, finalizando com as referências utilizadas. A seguir foi incluída uma seção com explicações referentes ao processo de progressão para o curso de doutorado em Saúde e Comportamento

que contempla os comportamentos de risco em questão: risco de suicídio (RS) e abuso/dependência de substâncias psicoativas (ADSP).

A segunda parte consiste nos artigos produzidos a partir dos resultados obtidos com a execução do projeto. O primeiro artigo, **“Abuse/dependence on psychoactive substances in people living with HIV/AIDS: different profiles by gender”** será submetido para publicação em *AIDS Patient Care and STDs*. O segundo artigo, **“High prevalence of suicide risk in people living with HIV: Who is at higher risk?”** está publicado em *AIDS Care Journal*.

A terceira parte apresenta as considerações finais com uma síntese dos principais resultados obtidos nos artigos, buscando integrá-los de modo a apresentar uma conclusão que responda aos objetivos e hipóteses propostos nesta tese.

PROJETO

1. IDENTIFICAÇÃO

1.1 Título: Avaliação de comportamentos de risco em pessoas vivendo com HIV/AIDS em um centro de referência no sul do Brasil

1.2 Doutoranda: Susane Müller Klug Passos

1.3 Orientador: Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza

1.4 Instituição: Universidade Católica de Pelotas (UCPel)

1.5 Curso: Doutorado em Saúde e Comportamento

1.6 Linha de pesquisa: HIV/AIDS, Epidemiologia

1.7 Área de concentração: Medicina 1

1.8 Data: Fevereiro de 2017

2. INTRODUÇÃO

Segundo o último boletim divulgado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (*UNAIDS*) e Organização Mundial de Saúde (*WHO*), até o final do ano de 2009 havia 33,3 milhões de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHAs), sendo que naquele ano houve um total de 2,6 milhões de novas infecções.¹ Estima-se que mais de 97% destas pessoas vivem em países de média e baixa economia, onde os recursos públicos destinados à saúde são escassos. Do total, 1,4 milhões residem na América Central e do Sul, com uma prevalência em torno de 0,5% nestas populações.¹

Segundo dados divulgados pelo Ministério da Saúde do Brasil, através do último Boletim Epidemiológico, publicado em 01/12/2010, as prevalências de infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) no Brasil se apresentam da seguinte maneira: 0,6% na população de 15 a 49 anos de idade – 0,4% nas mulheres e 0,8% nos homens. A prevalência geral varia de 0,3 a 0,6%, dependendo da região. No período de 1980 a junho de 2010, o Brasil apresentou 592.914 casos notificados de Síndrome de Imunodeficiência Adquirida (AIDS), sendo 115.598 casos no sul. A distribuição dos casos segundo a região, em 2009, mostra que 21,1% dos casos encontram-se na região sul, que naquele ano destacou-se pela maior taxa de detecção: 12,6/100.000 habitantes. Exceto nos anos de 2004 e 2005, o estado do Rio Grande do Sul manteve as maiores taxas de detecção de AIDS da década, chegando ao ano de 2009 com 47,5 casos por 100.000 habitantes.²

Nos últimos anos houve implementos em políticas de saúde em vários países e avanços na terapia antirretroviral (TARV) que incluiu novas classes de medicamentos possibilitando a otimização do tratamento e modificando drasticamente o panorama da doença, que passou de uma situação com risco eminente de morte para uma doença crônica com maior expectativa de vida.³ Com a diminuição das taxas de mortalidade e aumento da longevidade, temos hoje pessoas vivendo por mais tempo com uma doença que acarreta, além do estigma social, complicações da própria infecção e da terapêutica, como lipodistrofia, alterações na coloração da pele e unhas, alterações do hábito intestinal, situações que só fazem aumentar esse estigma e interferem com a sensação de bem estar geral dos pacientes.⁴

A avaliação de qualidade de vida (QV), status de saúde que leva em consideração múltiplas dimensões incluindo bem estar social, psicológico, físico, e funcional, foi definida pela *WHO* como “a percepção do indivíduo de sua posição na vida dentro do contexto cultural e sistema de valores na qual ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos”.⁵ Componente importante no seguimento de pacientes em geral, tornou-se uma

preocupação crescente entre profissionais envolvidos na atenção a pacientes portadores de HIV/AIDS.⁶

Acredita-se que estas condições possam afetar a adesão à TARV.⁷ Em um artigo de revisão publicado em 2010 sobre QV e adesão à TARV foram encontrados 12 artigos que abordaram a questão, o que foi considerado pelos autores como um número pequeno diante da relevância do tema. Entretanto, sete destes artigos foram publicados nos últimos três anos, o que mostra um aumento de interesse e da importância do assunto na atualidade.⁸ Baixa adesão à TARV tem sido demonstrada como um dos principais fatores da falha virológica, propiciando emergência de cepas virais resistentes às drogas, progressão da doença, hospitalizações, mortalidade e aumento dos custos com a saúde destes pacientes.⁹ Por outro lado, estudos demonstram que a TARV reduz a viremia plasmática e, assim, melhora a sobrevida e a QV de PVHAs, fato importante se for levada em consideração à premissa de que o estudo da QV não pode se prender apenas a uma provável vida mais longa.^{10,11}

Vários questionários que avaliam diferentes aspectos relacionados com bem estar e percepção de saúde tem sido utilizados. A *WHO* desenvolveu um projeto transcultural em vários centros com o objetivo de criar medidas para avaliação de QV.¹² Preocupado com o avanço da infecção e com as peculiaridades das PVHAs, o grupo de estudos de QV da *WHO* decidiu desenvolver um módulo específico para esta população.¹³ A proposta deste estudo é avaliar QV utilizando o instrumento desenvolvido pela *WHO* a partir deste projeto: *World Health Organization Quality of Life Instrument (WHOQOL)*, versão breve, módulo específico para pacientes com HIV/AIDS (*WHOQOL-HIV Bref*), instrumento utilizado em larga escala no mundo todo para este fim, já traduzido, adaptado e validado para o Brasil.¹⁴ A avaliação de QV através deste instrumento se faz em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade.

O objetivo do presente projeto é identificar fatores relacionados com melhor percepção da QV entre pacientes adultos em acompanhamento médico no Serviço de Assistência Especializada em HIV/AIDS (SAE), Pelotas. O SAE é um centro de referência para atendimentos a PVHAs na cidade de Pelotas e região, no sul do Brasil. Em funcionamento desde 1998, tem atualmente cerca de 3200 pacientes adultos cadastrados, sendo que aproximadamente 1500 estão em uso de TARV. Conhecer estes pacientes através de uma visão além do plano meramente físico, o que é difícil quando se trata de pessoas cuja patologia exige um complexo e muito atento olhar clínico, certamente contribuirá para qualificar um serviço reconhecido por sua excelência.

3. OBJETIVOS

3.1 Geral

Avaliar QV em PVHAs que consultam no SAE de Pelotas-RS.

3.2 Específicos

- Relacionar QV com fatores sociodemográficos: sexo, idade e status marital;
- Relacionar QV com a contagem de linfócitos T-CD4+ (CD4);
- Relacionar QV com o estágio da infecção pelo HIV;
- Relacionar QV com TARV.

4. HIPÓTESES

- QV em PVHAs está associada negativamente a fatores sociodemográficos: sexo feminino, idade (menores de 30 anos) e status marital (sem companheiro);
- QV em PVHAs é relacionada com imunidade: pacientes com contagens de CD4, um marcador imunológico, abaixo de 350 células/mm³ tem piores índices nos escores de avaliação de QV;
- QV em PVHAs é influenciada pelo estágio da infecção pelo HIV: difere entre pacientes assintomáticos, sintomáticos ou com diagnóstico de AIDS;
- O uso de TARV altamente ativa (*HAART*) está associado com melhor QV.

5. REVISÃO DE LITERATURA

5.1 Estratégias de busca

A partir de abril de 2011 e até agosto de 2011, foi realizada uma revisão sistemática nas bases de dados MEDLINE, PUBMED, SCIELO e LILACS com o objetivo de identificar na literatura trabalhos que tratassem do tema desta pesquisa, utilizando os descritores “qualidade de vida e HIV”.

Utilizaram-se os seguintes limites:

- publicações nos últimos 10 anos.
- humanos.
- adultos.
- língua inglesa, espanhola ou portuguesa.

Após definidas as limitações foram identificados 43 artigos, sendo 2 no LILACS, 28 na MEDLINE e PUBMED, e 13 na SCIELO. Além disso, a busca foi complementada por pesquisas em banco de teses da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), da Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) e da Universidade de São Paulo (USP), por referências bibliográficas de alguns artigos selecionados e páginas da web da *WHO* e do Ministério da Saúde do Brasil.

Após exclusão daqueles não relevantes ao tema, a revisão, até o momento, ficou restrita a 11 artigos.

A seguir serão feitas algumas considerações e referências aos principais resultados destes estudos.

5.2 Fundamentação teórica

O HIV é um retrovírus que se integra ao genoma da célula hospedeira provocando uma infecção persistente.¹⁵ Os linfócitos-T CD4+ (CD4) são o principal alvo do vírus por causa de sua afinidade pelos marcadores de superfície destas células. Com a progressão da infecção e o consequente decréscimo da população de CD4, aumenta o risco e a severidade de doenças oportunistas e neoplasias. A gradual destruição de CD4 e a consequente imunossupressão decorrente deste processo é a principal característica da AIDS. Portanto, a contagem de células CD4 é um importante parâmetro para avaliação imunológica nos pacientes soropositivos. Vários estudos têm demonstrado correlação entre este parâmetro e

QV, com escores mais baixos em alguns domínios nos pacientes com menor população deste tipo de linfócito. Parece que há alguma relação entre sistema imunológico e sistema nervoso com fatores psicossociais quanto à infecção pelo HIV. Alguns estudos destacam que aspectos relacionados a hábitos e estilos de vida, estresse, estratégias de enfrentamento e apoio social estão implicados no processo saúde-doença.¹⁶

A QV é afetada pelo estágio da infecção pelo HIV. É esperado que com o avanço da doença ocorresse um maior número de sintomas, o que piora a QV do paciente, afetando especialmente o domínio físico e o domínio nível de independência. Por outro lado, encontram-se referências a melhor avaliação nos domínios espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais, em pacientes em estágios mais avançados da doença. Alguns autores sugerem que o diagnóstico de AIDS ajudaria a pessoa a refletir sobre o que é importante para si e como aproveitar melhor o tempo, priorizando estes sentimentos em detrimento de funções meramente físicas e sociais.¹⁷

QV nestes pacientes é relacionada com fatores sociodemográficos. Pacientes casados ou com companheiro apresentam, em geral, melhor avaliação no domínio de relações sociais, o que reforça a importância de uma rede social de apoio ao paciente, sendo este fato provavelmente associado a uma melhor QV.¹⁸ Mas outros estudos apontam em direção oposta, como veremos na descrição dos artigos, sugerindo que é uma questão que necessita uma melhor avaliação. O mesmo ocorre quando se relaciona idade e gênero com QV: em geral os pacientes mais jovens (<35 anos) têm melhor QV, e o decréscimo na avaliação nas faixas etárias mais avançadas pode ser devido ao declínio físico determinado pela própria idade; mas alguns estudos têm relatado exatamente o contrário, ou seja, melhor QV entre pacientes com mais de 35 anos de idade, sem apresentar, entretanto, qualquer racionalização para este resultado.¹⁴ Em geral, as mulheres soropositivas têm pior QV do que os homens, o que poderia ser explicado pelo fato de que, em nosso meio, a realidade socioeconômica é pior para este grupo. As implicações negativas da infecção sobre a QV de PVHAs parecem se intensificar na população feminina em decorrência da renda inferior à dos homens, baixo nível de escolaridade, dependência econômica dos seus parceiros, sobrecarga determinada pela incumbência das tarefas do lar, deterioração do status econômico com a progressão da doença, assim como a atribuição da infecção ao parceiro (atual ou anterior).¹⁹ Todavia, ainda não há consenso sobre qual a direção da avaliação de QV relacionada com alguns fatores sociodemográficos. Gênero, status marital e idade aparecem de modo mais contundente na maioria dos estudos citados na revisão bibliográfica.

Existem estudos demonstrando que, em geral, os pacientes rejeitam um tratamento específico que aumente o tempo de vida, mas diminua a sua qualidade. Isto é, as pessoas preferem viver menos, mas sentindo-se melhor.²⁰ A *HAART*, que preconiza o emprego de dois ou mais antirretrovirais, costuma estar associada a melhor QV, muito embora esta possa ser afetada não só pelos sintomas da infecção como também pelos efeitos colaterais da medicação. Parece que o uso da TARV provoca consequências positivas nestes pacientes, uma vez que está associada a melhores perspectivas de vida, em detrimento da ideia de morte advinda do diagnóstico da doença.²¹ Um grupo de pesquisadores, no Rio de Janeiro, em 2011, avaliou uma amostra probabilística de 1245 pacientes em uso de TARV, com a finalidade de investigar associações de auto avaliação da saúde com fatores sociodemográficos e características clínicas e do tratamento. Nesta pesquisa o módulo para avaliar QV utilizou o WHOQOL-HIV. Em média, 65% dos participantes da pesquisa (64% das mulheres e 66% dos homens) consideraram sua saúde como boa a excelente, enquanto apenas 27% das pessoas com outras doenças crônicas têm a mesma percepção. A explicação seria a melhora da QV e a expectativa de uma longa sobrevivência após o advento da *HAART*.²²

Em Porto Alegre, em 2003, Zimpel e Fleck avaliaram 308 homens e mulheres HIV-positivos, em um estudo transversal utilizando o WHOQOL-HIV, procurando relacionar QV com estágio da infecção e características sociodemográficas dos pacientes. Em relação aos estágios da infecção, encontraram que os escores dos domínios do WHOQOL-HIV pioram à medida que a doença avança: houve significativa diferença em todos os domínios entre o grupo AIDS e os grupos sintomático e assintomático, com exceção do domínio meio ambiente, onde o grupo AIDS teve escores significativamente inferiores apenas em relação ao grupo sintomático; houve diminuição dos escores nos domínios físico e nível de independência nos doentes com AIDS; no domínio espiritualidade, o estágio sintomático apresentou os maiores escores entre os três estágios, quando se esperava que fosse o estágio AIDS. Em relação às características sociodemográficas, as mulheres, os jovens (<35 anos) e os casados, apresentaram associação com pior QV. Ter mais idade foi associado a melhor QV nos domínios psicológico, meio ambiente e espiritualidade. Em relação ao uso de TARV, o uso de dois ou mais medicamentos foi associado com piores escores no domínio psicológico e no domínio nível de independência. Em relação à CD4, como esta informação foi coletada a partir de relatos dos próprios pacientes, a fidedignidade da informação e a precisão das correlações que envolveram este marcador biológico ficou prejudicada. As limitações apontadas pelo autor são em relação ao fato de ter usado uma amostra de conveniência, em que somente pacientes em uso de TARV e aderentes ao mesmo foram avaliados, dificultando

a generalização dos dados, e quanto ao delineamento transversal, que faz com que os achados apontem mais para uma associação do que uma relação causa e efeito.¹⁴

Gaspar e col., São Paulo entre 2007 a 2008, avaliaram QV e sua associação com variáveis sociodemográficas em 106 mulheres com HIV/AIDS em um estudo transversal utilizando WHOQOL-HIV *Bref*. O domínio espiritualidade obteve maiores escores (média =65,7), seguido por: físico (64,7), psicológico (60,6) e relações sociais (59,5). Os menores escores foram encontrados em nível de independência (58,6) e meio ambiente (54,5). Quanto à faixa etária, pacientes mais jovens (20 a 29 anos) tiveram pior QV no domínio espiritualidade e pacientes com mais de 50 anos, no domínio nível de independência. Não foram encontradas diferenças estatisticamente significativas entre QV e o uso de TARV em nenhum dos domínios. Quanto ao estágio da infecção, mulheres com diagnóstico de AIDS tiveram pior QV no domínio físico que as assintomáticas.²³

Santos e col., em 2002, no município de São Paulo, realizaram um estudo transversal com 365 pacientes com 18 anos de idade ou mais com o objetivo de avaliar QV e utilizando o instrumento WHOQOL-*Bref*. As mulheres apresentaram escores menores nos domínios meio ambiente e psicológico, diferença estatisticamente significativa comparando com as médias dos escores entre os pacientes do sexo masculino. Não foram encontradas diferenças significativas do ponto de vista estatístico entre os domínios de QV e o uso de TARV, idade e status conjugal. Os participantes sem sinais e sintomas nos três meses anteriores à entrevista apresentaram maiores médias no domínio físico. Em relação à CD4, os participantes com $CD4 > 350$ células/mm³ tiveram as maiores médias no domínio físico e os participantes com $CD4 < 200$ as menores médias, sendo que não foram observadas diferenças significativas entre os três grupos (> 350 , entre 350 a 200 e < 200 células/mm³) nos domínios meio ambiente, psicológico e relações sociais. Como limitações também citam a forma não aleatória de alocação dos participantes, que impede a generalização dos resultados.²⁴

Calvetti e col., Porto Alegre/RS, 2008, avaliou 200 pacientes com idade entre 19 a 67 anos de idade, com a finalidade de relacionar QV e bem estar espiritual entre PVHAs. Utilizou o WHOQOL-HIV *Bref*. No grupo assintomático foram encontrados escores mais altos nos domínios físico, seguido do domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais enquanto no grupo sintomático/AIDS, o escore mais alto foi neste domínio e o mais baixo no domínio psicológico. Observa-se que o domínio espiritualidade encontra-se em destaque nos dois grupos. Comparando-se os dois, o grupo sintomático/AIDS apresentou diferença em relação ao grupo assintomático nos domínios físico ($p < 0,01$) e nível de independência ($p < 0,01$), com piores escores para o primeiro grupo.²⁵

Carneiro e col., São Paulo entre 2007 e 2008, avaliou 131 pessoas de ambos os sexos, a partir de 18 anos de idade, no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, utilizando o instrumento WHOQOL-HIV *Bref*. Escores mais favoráveis de percepção QV geral foram encontrados nas faixas etárias até 20 anos e acima de 71 anos de idade, nas mulheres, nos casados ou divorciados, nos pacientes assintomáticos e nos pacientes com $CD4 > 200$ células/mm³.²⁶

Na Nigéria, em estudo publicado em 2009, Fatiregun e col. avaliaram a QV de 252 pacientes soropositivos utilizando WHOQOL-HIV *Bref*. As médias dos escores nos domínios de QV foram mais altas para espiritualidade, religião e crenças pessoais e domínio psicológico, e foram mais baixas para o domínio meio ambiente e o domínio relações sociais. Em relação ao status gênero, encontrou uma diferença significativa apenas no domínio nível de independência, com as mulheres obtendo médias maiores do que os homens.²⁷

Pereira e Canavarro, em um estudo realizado em Coimbra, Portugal, entre 2007 e 2008, avaliaram 1191 pacientes utilizando o WHOQOL-HIV *Bref* com a finalidade de determinar diferenças na QV moduladas pelo gênero e idade. Mulheres relataram menores escores de QV nos domínios psicológico e espiritual; mais jovens (menos de 34 anos) relataram melhores escores no domínio físico e no domínio nível de independência; idade mais avançada (acima de 45 anos) foi associada com piores escores no domínio físico e no domínio nível de independência. Interações entre idade e gênero apareceram em todos os domínios, exceto no nível de independência. Concluíram que diferenças de gênero na associação da infecção pelo HIV com QV parecem ser moduladas pela idade.²⁸

Em estudo realizado na Croácia, com 111 pacientes e utilizando o WHOQOL-HIV *Bref* por Belak e col. em 2004, observou-se que os pacientes que não se consideravam doentes e tinham boa impressão de seu estado de saúde relataram melhor QV em todos os domínios. Pacientes envolvidos em relacionamentos relataram melhor QV nos domínios sobre relações; pacientes mais jovens (menos de 35 anos) relataram melhores escores no domínio psicológico. Não foram encontradas diferenças na QV entre gênero e entre estágio da infecção.²⁹

Em 2006, Nojomi e col., em estudo realizado na República Islâmica do Irã, avaliaram 139 PVHAs com a finalidade de determinar QV utilizando WHOQOL-*Bref*. Os fatores associados com diminuição da QV foram sexo feminino, estar separado ou divorciado, contagens mais baixas de células CD4 e estágios severos da doença (HIV sintomático e AIDS). Pacientes com idade inferior a 35 anos tiveram escores significativamente melhores que outros grupos de idade no domínio físico, mas piores nos domínios psicológico, social e

meio ambiente ($p < 0,05$). Como limitações do estudo, os autores citam o fato da maioria da amostra ser composta por homens (88,5%), resultado do estigma social e acesso restrito aos centros de tratamento imposto às mulheres, e também o fato de a maioria dos entrevistados serem usuários de drogas – no Irã esse é o modo mais frequente de contaminação pelo vírus HIV: mais que 60%.³⁰

Saddki e col., no estudo que validou o instrumento WHOQOL-HIV *Bref* na Malásia, demonstrou que o escore médio de QV de pacientes sintomáticos foi menor comparado com os assintomáticos em todos os domínios, com diferenças estatisticamente significativas, exceto no domínio espiritualidade, onde não houve diferença significativa entre os dois grupos.³¹

Razera e col., Porto Alegre, 2006, avaliou 367 pacientes soropositivos no Ambulatório de Dermatologia da Secretaria de Saúde do Rio Grande do Sul utilizando o instrumento WHOQOL-HIV *Bref*. Concluiu que QV nestes pacientes foi afetada negativamente pelo sexo: mulheres apresentaram baixos escores no domínio espiritualidade; estar sem companheiro(a): baixos escores no domínio relações sociais; contagem de CD4 e uso de TARV: impacto negativo no domínio nível de independência. Como limitações do estudo cita o delineamento transversal que impede a determinação de uma relação causa/efeito entre as associações encontradas e, também, o fato de não ter sido estabelecido o tempo de uso da TARV.³²

5.3 Quadro de revisão da literatura

Quadro 1. Resumo dos artigos relevantes ao tema da pesquisa

Autor	Ano e País	Delineamento	População	Instrumento	Principais resultados
Zimpel & Fleck ¹⁴	2007, Brasil	transversal	308 homens e mulheres	WHOQOL-HIV	< QV: mulheres, < 35 anos, casados, TARV, AIDS (< QV em todos os domínios).
Gaspar e col. ²³	2011, Brasil	transversal	106 mulheres	WHOQOL-HIV <i>Bref</i>	< QV: AIDS (dom. físico), 20-29 anos (espiritualidade), > 50 anos (nível indep.); sem rel. QV e TARV.
Santos e col. ²⁴	2007, Brasil	transversal	365 homens e mulheres	WHOQOL- <i>Bref</i>	< QV: mulheres (dom. psicológico e meio ambiente), CD4 < 200 (físico); > QV: CD4 > 350 (físico); sem ≠ significativa: TARV, idade, estado civil.
Calvetti e col. ²⁵	2008, Brasil	transversal	200 homens e mulheres	WHOQOL-HIV <i>Bref</i>	< QV: assintomáticos (físico); sintomáticos ou AIDS (espirit.);

					sinto./AIDS (físico e n. independência)
Carneiro ²⁶	2010, Brasil	transversal	131 homens e mulheres	WHOQOL-HIV <i>Bref</i>	> QV: ≥ 20 anos, >71 anos, sexo feminino, casados, divorciados, assintom., CD4 > 200.
Fatiregun e col. ²⁷	2009, Nigéria	transversal	252 homens e mulheres	WHOQOL-HIV <i>Bref</i>	> QV: mulheres (nível indep.); sem $\neq$ sig. entre sexos outros domínios; o melhor escore geral dom. esp, rel, crenças pessoais.
Pereira & Canavarro ²⁸	2011, Portugal	transversal	1191 homens e mulheres	WHOQOL-HIV <i>Bref</i>	< QV entre mulheres dom. psicol. e espirit., mulheres > 45 anos piores escores; > QV: < 35 anos dom. físico e nível indep.. $\neq$ gênero são moduladas pela idade.
Belak e col. ²⁹	2006, Croácia	transversal	111 homens e mulheres	WHOQOL-HIV <i>Bref</i>	> QV rel. sociais entre os casados e < 35 anos. Sem $\neq$ gênero e estágio infecção HIV
Nojomi e col. ³⁰	2008, República Islâmica Irã	transversal	139 homens e mulheres	WHOQOL- <i>Bref</i>	< QV entre mulheres, separados/divorciados, com < CD4 e entre sintomáticos/AIDS.
Saddki e col. ³¹	2009, Malásia	transversal	157 homens e mulheres	WHOQOL-HIV <i>Bref</i>	< QV: sintom. todos domínios, exceto dom. espiritualidade (onde não houve $\neq$)
Razera e col. ³²	2008, Brasil	transversal	367 homens e mulheres	WHOQOL-HIV <i>Bref</i>	< QV: mulheres, sem companheiro(a), uso de TARV, CD4 < 350.

6. MÉTODO

6.1 Delineamento

Estudo transversal.

6.2 Participantes

PVHAs com ≥ 18 anos de idade.

6.3 Procedimentos e instrumentos

A amostra será constituída por conveniência. Serão incluídos PVHAs que consultam no SAE - Pelotas/RS, no período de dezembro de 2011 a maio de 2012.

O SAE é um centro de referência em atendimento para PVHAs. Uma parceria entre a Universidade Federal de Pelotas (UFPEL) e a Secretaria Municipal de Saúde de Pelotas, inaugurou suas atividades em 1998 e funciona junto ao ambulatório de clínica médica da Faculdade de Medicina da UFPEL. Presta atendimento a adultos, crianças e gestantes da cidade de Pelotas e região. Atualmente estão cadastrados cerca de 3200 adultos, sendo que, destes, cerca de 1500 estão em uso de TARV. Como centro de referência, atende pacientes com sorologia positiva para HIV (teste de rastreamento – ELISA, que deve ser repetido, seguido de um teste confirmatório – Western blot ou equivalente, mais específico para anticorpos anti-HIV) ou com diagnóstico clínico de AIDS complementado por pelo menos um teste de triagem reagente, conforme fluxograma do Ministério da Saúde e diretrizes internacionais.^{33,34}

6.3.1 Critérios de elegibilidade

6.3.1.1 Critérios de inclusão

Serão incluídos pacientes com ≥ 18 anos de idade, portadores de HIV/AIDS, com infecção pelo HIV já documentada, que consultarem no SAE no período de dezembro de 2011 a maio de 2012, e que aceitarem participar da pesquisa.

6.3.1.2 Critérios de exclusão

Serão excluídos os pacientes que apresentarem qualquer condição clínica no momento da entrevista que dificulte a compreensão e o diálogo com o entrevistador e os pacientes que não puderem permanecer desacompanhados no momento da entrevista, como apenados com necessidade de escolta policial permanente.

6.3.2 Cálculo do tamanho da amostra

Com base nos registros de atendimento do SAE são previstos 150 novos atendimentos ao mês no período de realização do estudo. Considerando-se o percentual de perdas e recusas de 10%, espera-se contar com a participação de 810 pacientes. Após a realização do estudo piloto, serão realizados os cálculos de tamanho de amostra através das diferenças de médias nos domínios do WHOQOL-HIV *Bref*, de acordo com as variáveis de exposição em questão, para garantir a confiabilidade dos dados.

6.3.3 Definição das variáveis

6.3.3.1 Variável dependente (desfecho)

QV, medida através do *World Health Organization Quality of Life instrument*, versão breve, módulo específico para pacientes com HIV/AIDS (WHOQOL-HIV *Bref*). Serão considerados como desfechos os seis domínios do WHOQOL-HIV *Bref*: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade.

Instrumento de avaliação de QV (Anexo C)

O instrumento para avaliação de QV: *World Health Organization Quality of Life instrument* (WHOQOL-100) foi desenvolvido pela WHO através de um projeto que envolveu quinze centros colaboradores ao redor do mundo, com situações econômicas, sociais e culturais diferentes. A descrição detalhada do processo de desenvolvimento e validação está bem documentada.¹² Atualmente encontra-se disponível em duas versões: de 100 itens (WHOQOL-100) e a versão abreviada (WHOQOL-*Bref*). A versão em português foi desenvolvida no Departamento de Psiquiatria e Medicina Legal da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), Porto Alegre.¹⁴

Um estudo multicêntrico realizado em oito países (Brasil, Estados Unidos, Tailândia, Índia, Zimbábue, Zâmbia, Austrália e França) resultou em um módulo específico para avaliação de QV em PVHAs, através da inclusão de itens específicos à avaliação da QV

nestas pessoas.³⁵ WHOQOL-HIV *Bref* é baseado no WHOQOL-*Bref* e contém cinco questões extras, HIV-específicas, contabilizando 31 questões.¹³ Os pacientes devem ser estimulados a responder o questionário sempre focando nas duas últimas semanas anteriores à entrevista, minimizando, desta maneira, um potencial viés de memória.

Este instrumento produz um perfil de QV através de seis escores de domínio: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade. Estes domínios contêm vinte e nove facetas de uma questão cada, para um total de vinte e nove itens. Cinco facetas são específicas às PVHAs: sintomas de PVHAs, inclusão social, perdão e culpa, preocupações com o futuro, morte e morrer. Uma faceta adicional, com dois itens, mede QV e saúde em geral. No total, o WHOQOL-HIV *Bref* consiste de 31 itens. As questões são individualmente pontuadas em uma escala Likert onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 indica percepções altas e positivas. Escores padronizados (variação 0 – 100) podem ser calculados para cada domínio. Os escores dos domínios estão dispostos de uma maneira positiva de modo que escores mais baixos denotam pior QV e escores mais altos, melhor QV. Algumas facetas (dor e desconforto, sentimentos negativos, dependência de medicação, morte e morrer) não estão dispostas de maneira positiva e, portanto, escores mais altos não denotam melhor QV. Estas facetas necessitam ser recodificadas.

DOMÍNIOS E FACETAS DO WHOQOL-HIV

Domínio I - domínio físico

1. Dor e desconforto
2. Energia e fadiga
3. Sono e repouso

Sintomas de PVHAs

Domínio II - domínio psicológico

4. Sentimentos positivos
5. Pensar, aprender, memória e concentração
6. Autoestima
7. Imagem corporal e aparência
8. Sentimentos negativos

Domínio III - nível de independência

9. Mobilidade
10. Atividades da vida cotidiana
11. Dependência de medicação ou de tratamentos

12. Capacidade de trabalho

Domínio IV - relações sociais

13. Relações pessoais
14. Suporte (apoio) social
15. Atividade sexual

Inclusão social

Domínio V - meio ambiente

16. Segurança física e proteção
17. Ambiente no lar (moradia)
18. Recursos financeiros
19. Acesso e qualidade à saúde e assistência social
20. Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades
21. Participação em e oportunidades de recreação/lazer
22. Ambiente físico (poluição/ruído/trânsito/clima)
23. Transporte

Domínio VI - aspectos espirituais/religião/crenças pessoais

24. Espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais

Perdão e culpa

Preocupações sobre o futuro

Morte e morrer

QV e percepção geral de saúde

* Facetas que são destacadas em negrito são específicas às PVHAs e como tal foram somadas ao instrumento WHOQOL original.

Propriedades psicométricas do WHOQOL-HIV

O instrumento de avaliação de QV WHOQOL-Bref adaptado para PVHAs foi desenvolvido pelo *WHO Group* em quinze diferentes centros internacionais, incluindo o Brasil, o que demonstra que pode ser aplicado em diferentes culturas; a fidedignidade e a validade do instrumento têm sido rigorosamente testadas em vários países, inclusive o Brasil. Análises de consistência interna, correlações entre itens, validade discriminante e validade de construto indicam que este instrumento tem qualidades psicométricas de boas a excelentes.

A versão em português do WHOQOL-HIV foi aplicada no Brasil com os objetivos de avaliar as propriedades psicométricas desse instrumento (confiabilidade, consistência interna,

validade de construto, discriminante e concorrente) e medir a QV em uma amostra de soropositivos brasileiros.¹⁴

► **Confiabilidade e validade de construto:** as 31 facetas possuem 4 itens. Entre elas, 27 apresentaram alfa de Cronbach acima de 0,70, variando de 0,32 a 0,65 nas 4 restantes: cognição (domínio psicológico), segurança e ambiente físico (domínio meio ambiente) e conexão espiritual/experiência pessoal (domínio espiritualidade). Os coeficientes de correlação de Person são todos superiores a 0,30, exceto na faceta segurança, em que o valor mínimo da variação é de - 0,10. O WHOQOL-HIV, com sete facetas HIV-específicas a mais do que o WHOQOL-100 manteve-se com boa consistência interna. Os domínios físico e psicológico apresentaram pequenos aumentos nos valores alfa de Cronbach; em relações sociais e espiritualidade mantiveram-se iguais.

► **Validade discriminante:** nas médias dos escores ($\pm$ DP) obtidos pelos pacientes assintomáticos, sintomáticos e com AIDS nos domínios e nas facetas do WHOQOL-HIV os pacientes com AIDS sempre apresentaram piores escores do que os pacientes assintomáticos e sintomáticos. Diferenças estatísticas foram encontradas em todos os domínios, sendo que no domínio meio ambiente os pacientes com AIDS referiram escores significativamente inferiores apenas em relação aos sintomáticos. Para a boa capacidade discriminante de um instrumento é aconselhável que as taxas de resposta nos escores mínimo e máximo sejam inferiores a 20%, a fim de evitar o efeito “chão” e o efeito “teto”, respectivamente. Nesse estudo, entre o total dos 128 itens do WHOQOL-HIV, o efeito “chão” apareceu em 27 itens (21,1%) e o efeito “teto” em 17 itens (13,9%).

► **Validade concorrente:** a correlação entre os domínios do WHOQOL-HIV e a faceta QV geral foi estudada pelo coeficiente de correlação de Pearson. As correlações foram significativas com todos os domínios ($p < 0,01$), cujos valores dos coeficientes resultaram iguais ou superiores a 0,5.

Comparação do WHOQOL-Bref e SF-36 em pacientes com infecção pelo HIV

O Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF-36) é derivado do Medical Outcomes Study (MOS) e é um dos instrumentos genéricos mais usados para avaliar QV em várias doenças, incluindo HIV/AIDS.³⁶ Devido ao uso crescente do instrumento em pacientes soropositivos, o mesmo grupo desenvolveu o MOS-HIV, um instrumento genérico modificado baseado no próprio SF-36. Hsiung e col., em artigo publicado em 2005, compararam a confiabilidade e a validade dos dois instrumentos, WHOQOL-Bref e SF-36, em uma amostra de 224 pacientes portadores do vírus HIV, em

Taiwan. A consistência interna variou de 0,75 a 0,86 através dos domínios do WHOQOL-Bref e de 0,72 a 0,93 nas escalas do SF-36. Os domínios do WHOQOL-Bref mostraram menor efeito chão e menor efeito teto do que o SF-36. Os autores concluíram que ambos os instrumentos são válidos e confiáveis para avaliação de QV em PVHAs.³⁷ Zimpel e Fleck compararam o desempenho do WHOQOL-100 e SF-36 em uma amostra de 308 pacientes soropositivos em Porto Alegre, sul do Brasil. Foi utilizado o coeficiente de correlação de Pearson para analisar todas as correlações de escores entre os domínios dos dois instrumentos. Os oito domínios do SF-36 correlacionaram-se mais fortemente com três domínios do WHOQOL-100 (Físico, Psicológico e Nível de Independência). Ambos discriminaram bem as fases da infecção, evidenciando sempre o estágio AIDS com pior QV em relação aos assintomáticos e sintomáticos em todos os domínios dos dois instrumentos. Porém, os menores índices de correlação do SF-36 com alguns domínios do WHOQOL-100 reforçam a tese de que o último possui um construto mais amplo de QV, medindo aspectos complementares em relação ao primeiro. Assim, concluíram que o WHOQOL-100 demonstrou ser um instrumento de avaliação de QV com construtos mais abrangentes.³⁸

6.3.3.2 Variáveis independentes (exposição)

Questionário de dados sociodemográficos e clínicos (Anexo C)

Esse instrumento contém sexo, cor, idade, escolaridade, situação empregatícia, classificação socioeconômica, abuso e dependência de álcool, tabaco e outras drogas, indicativo de depressão e ansiedade, orientação sexual, situação conjugal, filhos, apoio, modo de contaminação pelo HIV, tempo de diagnóstico, uso de TARV, tempo de medicação, primeiro esquema de tratamento, esquema atual, modificações corporais relacionadas à TARV, hospitalizações relacionadas ao HIV, comorbidades, diagnóstico de AIDS, contagem de células CD4 mais recente, carga viral (CV) mais recente, prática religiosa. Dados sobre CD4 e CV mais recente, estágio da infecção e esquema de TARV atual serão coletados pelo entrevistador através de revisão do prontuário médico do paciente após o término da entrevista.

■ Qualitativas

1. Dicotômicas ou binárias

Serão avaliadas as seguintes variáveis referidas pelo entrevistado e categorizadas de maneira dicotômica:

Gênero: masculino ou feminino.

Cor: cor da pele referida pelo entrevistado como branco ou não branco e posteriormente categorizada com branco sim ou não.

Filhos: sim ou não.

Situação empregatícia: atualmente tem algum trabalho remunerado: sim ou não.

Situação marital: referida com ter ou não uma relação estável há pelo menos um ano.

Abuso e dependência de álcool, tabaco e outras drogas; as informações sobre consumo de substâncias psicoativas (SP) serão obtidas por meio do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST 2.0), teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias, adaptado e validado para o Brasil. A consistência interna do instrumento foi considerada boa, além dele apresentar bons índices de sensibilidade, variando de 84% a 91%, especificidade de 79% a 98%, valores preditivos positivos de 80% a 93% e negativos de 85% a 96%. As variáveis relativas a abuso/dependência (A/D) de álcool, tabaco e drogas ilícitas serão dicotômicas (sim ou não).³⁹

Indicativo de depressão e ansiedade: Para avaliação de ansiedade e depressão será utilizada a *Hospital Anxiety and Depression Scale* (HAD), composta por 14 questões de múltipla escolha, formada por duas sub-escalas: depressão e ansiedade, com 7 itens cada, e a pontuação geral variando de 0 a 21. Por não levar em conta os sintomas vegetativos (fadiga, insônia, taquicardia, falta de ar, anorexia, diminuição da libido, e outros) ao medir ansiedade e depressão, esta escala tem sido amplamente utilizada para avaliar transtornos de humor em pacientes com doenças físicas. Ao paciente solicita-se que responda baseando-se em como se sentiu na última semana. As sub-escalas tiveram consistência interna de 0,77 de 0,68 respectivamente, possuindo ainda valores convergentes e não discriminativos. No estudo de validação, o ponto de corte utilizado foi de 8/9, apresentando uma sensibilidade de 93,7% para ansiedade e 84,6% para a depressão, e uma especificidade de 72,6% para ansiedade e 90,3% para depressão.⁴⁰ As variáveis criadas serão dicotômicas: ansiedade e depressão sim ou não.

Uso de medicação antirretroviral: referida como sim ou não.

Primeiro esquema de medicação antirretroviral: sim ou não.

Hospitalizações: referida com já ter sido internado alguma vez em consequência da infecção pelo HIV.

Religiosidade: a prática religiosa será avaliada através de três perguntas: se o paciente tem alguma religião, com que frequência vai à missa, culto ou sessão, e com que frequência reza. Será considerado como prática religiosa a resposta afirmativa à primeira pergunta, frequentar

missa, culto ou sessão pelo menos uma vez por mês e rezar pelo menos uma vez por mês. A variável criada será dicotômica: pratica alguma religião – sim ou não.

Já notou alguma modificação corporal que atribuiu à TARV: para avaliar a percepção de mudanças corporais relacionadas com uso de medicação antirretroviral foi construído um questionário com base em um artigo sobre bem estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pacientes soropositivos.⁴¹ Será considerado como relacionar modificações corporais à TARV qualquer resposta afirmativa. A variável criada será dicotômica: Lipodistrofia – sim ou não.

Comorbidades: variáveis dicotômicas que serão consideradas conforme o relato dos entrevistados.

Apoio: referida pelo entrevistado como variável dicotômica: percepção de apoio social (família, amigos, profissionais de saúde, ou outros) em relação à infecção pelo HIV – sim ou não.

2. Categóricas ou nominais

Orientação sexual: referida como já ter feito sexo com homens, mulheres ou ambos e categorizada como heterossexual, homossexual e bissexual.

Modo como contraiu a infecção pelo vírus HIV: referida como através do sexo, uso de drogas, transfusão de sangue, acidente com material biológico, transmissão vertical ou não sabe, e categorizada da mesma forma.

Esquema antirretroviral que usa: revisão do prontuário médico.

Estágio da infecção pelo HIV: revisão do prontuário médico. Os pacientes serão categorizados como: assintomáticos, sintomáticos ou AIDS, de acordo com os seguintes critérios:

Quadro 2. Definição de caso de AIDS em adolescentes e adultos

	CATEGORIAS CLÍNICAS		
	A	B	C*
Categorias de células CD4	Assintomática ou LGP ¹ ou infecção aguda pelo HIV	Sintomática** (exceto A e C)	Doença indicadora de AIDS
> 500 células/mm ³	A1	B1	C1
200 a 499 células/mm ³	A2	B2	C2
< 200 células/mm ³	A3	B3	C3

Fonte: *Centers for Disease Control and Prevention*, CDC- 1993.⁴²

1. LGP: linfadenomegalia generalizada progressiva

* todos os pacientes nas categorias A3, B3 e C1 a C3 são notificados como casos de AIDS, com base nas doenças indicadoras de AIDS (Quadro 2) e/ou contagem de CD4 < 200 células/mm³. No Brasil a definição de casos de AIDS para fins de notificação abrange pacientes com CD4 < 350 células/mm³. Esta diferença se deve a maior sensibilidade que se pretendeu conferir ao critério brasileiro.⁴³

** as afecções sintomáticas não incluídas na categoria C são:

- a) atribuídas à infecção pelo HIV ou indicadoras de deficiência da imunidade celular, ou
- b) consideradas como tendo uma evolução clínica ou tratamento complicado pela infecção pelo HIV.

Exemplos de doenças B compreendem, entre outras: angiomatose bacilar, candidíase oral, candidíase vulvovaginal persistente, frequente ou que responde mal ao tratamento, displasia cervical (moderada ou grave), carcinoma cervical *in situ*, sintomas constitucionais tais como febre (38,5°C) ou diarreia por mais de 1 mês leucoplasia pilosa oral, herpes zoster com dois episódios ou em mais de um dermatomo, púrpura trombocitopenia idiopática (PTI), listeriose, doença inflamatória pélvica (DIP) (especialmente se complicada por abscesso tubo-ovariano), neuropatia periférica.

Quadro 3. Doenças indicadoras na definição de caso de AIDS (adultos)

Câncer cervical invasivo*
 Candidíase de esôfago, traqueia, brônquios ou pulmão
 Citomegalovírus exceto em fígado, baço, linfonodos; retinite
 Coccidioidomicose extrapulmonar*
 Criptococose extrapulmonar
 Criptosporidiose com diarreia por mais de 1 mês
 Demência associada ao HIV*: incapacidade cognitiva e/ou outras disfunções que interfiram com a atividade cotidiana
 Herpes simples com úlcera mucocutânea por mais de 1 mês ou bronquite, pneumonite, esofagite
 Histoplasmosse extrapulmonar*
 Isosporíase com diarreia por mais de 1 mês*
 Leucoencefalopatia multifocal progressiva
 Linfoma de Burkitt, imunoplástico, primário do SNC*
Mycobacterium avium, disseminado
Mycobacterium tuberculosis, pulmonar
 Pneumonia bacteriana recorrente (> 2 episódios em 12 meses) *Pneumonia por *Pneumocystis jirovecii*
 Sarcoma de Kaposi em paciente abaixo de 60 anos (ou acima de 60 anos*)
 Septicemia recorrente por *Salmonella* (não tifoide)*
 Síndrome consumptiva associada ao HIV*: perda ponderal involuntária superior a 10% do peso e diarreia crônica (mais de 2 evacuações com fezes amolecidas por dia, durante mais de 30 dias) ou fraqueza crônica e febre de origem obscura documentada > 30 dias
 Toxoplasmose de órgão interno
 * requer sorologia positiva para HIV

Fonte: *Centers for Disease Control and Prevention, CDC- 1993.*⁴²

Critérios para Diagnóstico de AIDS:⁴³

→ Critério CDC adaptado: existência de dois testes de triagem reagente e/ou um exame confirmatório para detecção de anticorpos específicos anti-HIV mais evidência de imunodeficiência: diagnóstico de pelo menos uma doença definidora de AIDS (Quadro 2) ou $CD4 < 350$ células/mm³.

→ Critério Rio de Janeiro/Caracas: Além do critério acima, em 1992 foi introduzido no Brasil critério baseado na identificação clínica de sinais, sintomas e doenças, a partir de experiências acumuladas em serviços de saúde do Rio de Janeiro, recebendo o nome de Critério Rio de Janeiro/Caracas, proposto em reunião de especialistas na cidade de Caracas, Venezuela, em 1989, realizado pela Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS). Ambos os critérios são adotados de forma não excludente para pessoas com ≥ 13 anos de idade. Assim como o anterior, prevê a existência de dois testes de triagem reagentes e/ou um exame confirmatório para detecção de anticorpos anti-HIV, mais somatório de pelo menos 10 pontos de acordo com a seguinte escala:

Dois (2) pontos: anemia e/ou linfopenia e/ou trombocitopenia; astenia (mais de um mês, excluída tuberculose como causa básica); caquexia (perda involuntária de mais de 10% de peso corporal, excluída tuberculose como causa básica); dermatite persistente; diarreia (mais de um mês); febre durante $\geq$ um mês (excluída tuberculose como causa); linfadenomegalia (dois ou mais sítios); tosse persistente (excluída tuberculose).

Cinco (5) pontos: candidíase oral ou leucoplasia pilosa oral; disfunção do sistema nervoso central; herpes zoster em indivíduo com ≤ 60 anos de idade; tuberculose pleural, pulmonar ou de linfonodos localizados em uma única região.

Dez (10) pontos: outra forma de tuberculose e sarcoma de Kaposi.

3. Ordinal

Classificação socioeconômica: será utilizado o Critério de Classificação Econômica Brasil (CCEB) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP) 2011, versão em vigor desde 01/04/2011⁴⁴ que utiliza o sistema de pontos somando a pontuação da posse de itens com a do grau de instrução do chefe da família, o que cria uma variável ordinal, originando opções de classificação de A a E.

Quadro 4. Classificação de renda familiar

CLASSE ECONÔMICA	PONTOS*
A1	42 – 46
A2	35 – 41
B1	29 – 34
B2	23 – 28
C1	18 – 22
C2	14 – 17
D	8 – 13
E	0 – 7

Fonte: ABEP

Nota: *Conforme a classificação da ABEP

■ Quantitativas

1. Contínuas ou de razão

Contagem de células CD4 mais recente: revisão do prontuário médico; no máximo nos últimos seis meses, ou será considerado como perda.

CV mais recente: quantificação do RNA-HIV (cópias RNA-HIV/ml) - revisão do prontuário médico; no máximo nos últimos seis meses, ou será considerado como perda.

2. Discretas ou intervalares

Tempo de diagnóstico de HIV: variável discreta referida pelo entrevistado como o tempo, em meses, que tem conhecimento da infecção pelo HIV.

Tempo de medicação antirretroviral: variável discreta referida pelo entrevistado como o tempo, em meses, que usa medicação antirretroviral desde a primeira vez.

Escolaridade: em anos completos de estudo.

Idade: variável referida pelo entrevistado como anos completos de vida.

6.3.4 Estudo piloto

Será realizado um estudo piloto com 41 pacientes (5% da amostra estimada), no mês de novembro de 2011, com o objetivo de identificar tempo da aplicação dos questionários, compreensão e aceitação por parte dos pacientes, dificuldades na aplicação identificadas pelos pesquisadores e pelos pacientes, adequação do espaço físico utilizado para as entrevistas.

6.3.5 Coleta de dados e colaboradores

Os pacientes serão entrevistados por quatro entrevistadores, alunos de graduação da faculdade de Medicina – UFPEL e da faculdade de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas (UCPeL), previamente treinados, em uma sala de atendimento nas dependências do ambulatório de clínica médica da faculdade de Medicina–UFPEL, onde funciona o SAE, antes ou após consulta médica previamente agendada, ou ao comparecer ao serviço de dispensação de TARV do SAE para retirar medicação, e responderão a um questionário com dados sobre identificação, características sociodemográficas, condições clínicas e de tratamento, hábitos de vida e avaliação de QV (**Anexo C**). O paciente deverá ser estimulado a responder o questionário de avaliação de QV focando-se nas suas duas últimas semanas. O WHOQOL foi desenvolvido para ser auto aplicado. Porém, estudos realizados no Brasil e em outros países, e que utilizaram o mesmo instrumento, descreveram dificuldades por parte dos pacientes, que solicitavam ajuda durante a leitura e preenchimento do questionário.²⁶ Além disso, um estudo comparando entrevistas versus auto administrados questionários de QV não encontrou um efeito significativo sobre os resultados, concluindo que o efeito de diferentes formas de administração poderia não ser considerado nestas situações.⁴⁵ Portanto, optou-se pela aplicação do questionário por entrevistadores.

6.4 Processamento e análise dos dados

Após a aplicação e codificação dos instrumentos, a digitação dos dados será realizada no programa Epi-Info 6.0. Para garantir maior fidelidade às informações coletadas, será realizada dupla entrada dos dados, checagem automática no momento da digitação e verificação das inconsistências da digitação comparando as duas entradas de dados. Para o tratamento estatístico dos dados será utilizado o programa SPSS 10.0. A análise inicial terá como objetivo obter frequências das variáveis independentes, a fim de caracterizar a amostra do estudo. As médias aritméticas e desvios-padrão (D.P.) serão calculados para todas as variáveis quantitativas da amostra e domínios de QV. Será feita uma análise de significância estatística para verificar diferenças das médias de QV em relação às variáveis independentes em estudo, utilizando teste t para as variáveis dicotômicas e Anova para as variáveis ordinais e nominais. A análise multivariada será realizada através de regressão linear.

6.5 Aspectos éticos

Este projeto de pesquisa respeita os princípios éticos estabelecidos pelo Conselho Nacional de Saúde nº 196 de 10 de outubro de 1996 e será submetido à avaliação do Comitê de Ética e Pesquisa da UCPeL e da UFPEL e somente após sua liberação será iniciada a coleta de dados. Os pacientes receberão informações sobre a importância e os objetivos da pesquisa e lhes será entregue o termo de consentimento livre e esclarecido (**Anexo A**), ficando assegurado o direito de não participar da pesquisa, o que não irá interferir de nenhum modo na continuidade do atendimento recebido no SAE. Serão assegurados o caráter sigiloso dos dados e o uso cuidadoso de todo material, que somente será utilizado com fins científicos, e sem nenhuma forma de identificação dos pacientes.

Os pacientes serão informados que alguns dados serão obtidos através de verificação em prontuário médico, como os valores dos exames mais recentes de CV e de CD4 e o histórico clínico, com vistas à classificação do estágio da infecção pelo HIV. Os entrevistadores serão instruídos sobre todos os aspectos da confidencialidade dos dados e identificação dos pacientes. Os pacientes que forem identificados pelo questionário como tendo indicativos de depressão ou ansiedade serão encaminhados para avaliação no ambulatório de Psicologia da UCPeL. Esta pesquisa será realizada com fins científicos e sem conflito de interesses por parte da pesquisadora.

6.6 Orçamento

Pesquisa realizada com recursos próprios da doutoranda, sem financiamento por parte de qualquer entidade.

6.6.1 Previsões de custos

Quadro 5. Orçamento

DESCRIÇÃO	VALOR TOTAL R\$
1. Vale-transporte para os entrevistadores	1.920,00
2. Material de consumo	1.000,00
Total geral	2.920,00
10% de reserva técnica	292,00

6.7 Divulgação dos resultados

7. REFERÊNCIAS

1. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO) – UNAIDS. UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic 2010. Disponível em www.unaids.org. Acesso em 12 de agosto de 2011.
2. MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DEPARTAMENTO DE DST, AIDS E HEPATITES VIRAIS. Boletim Epidemiológico - AIDS E DST Ano VII nº 01 - da 27ª à 52ª semana epidemiológica. Disponível em <http://www.aids.gov.br>. Acesso em 14 de agosto de 2011.
3. CHIASSON, M.A.; BERENSON, L.; LI, W.; et al. Declining HIV/AIDS Mortality in New York City. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, Hagerstown, v. 21, p. 59-64, 1999.
4. PALELLA JR., F.J.; DELANEY, K.M.; MOORMAN, A.C.; et al. Declining Morbidity and Mortality among Patients with Advanced Human Immunodeficiency Virus Infection. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 338(13), p. 853-60, 1998.
5. WHOQOL (World Health Organization's Quality of Life Instrument) HIV Group. The World Health Organization Quality of Life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science & Medicine*, Oxford, v. 41(10), p. 1403-9, 1995.
6. ION, A.; CAI, W.; ELSTON, D.; et al. A Comparison of the MOS-HIV and SF-12V2 for Measuring Health-Related Quality of Life of Men and Women Living with HIV/AIDS. *AIDS Research and Therapy*, London, v. 8(1) p. 5, 2011.
7. MANNHEIMER, S.B.; MATTS, J.; TELZAK, E.; et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS CARE*, Abingdon, v. 17(1), p. 10-22, 2005.
8. GEOCZE, L.; MUCCI, S.; DE MARCO, M.A.; et al. Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 44(4), p. 743-9, 2010.
9. NACHEGA, J.B.; MARCONI, V.C.; VAN ZYL, G.U.; et al. HIV Treatment Adherence, Drug Resistance, Virologic Failure: Evolving Concepts. *Infectious Disorders Drug Targets*, Sharjah, v. 11(2), p. 167-74, 2011.
10. BRODT, H.R.; KAMPS, B.S.; GUTE, P.; et al. Changing incidence of AIDS-defining illnesses in the era of antiretroviral combination therapy. *AIDS*, London, v. 11(14), p. 1731-38, 1997.

11. PALELLA JR., F.J.; DELANEY, K.M.; MOORMAN, A.C.; et al. Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. *New England Journal of Medicine*, Boston, v. 338(13), p. 853-60, 1998.
12. WHOQOL (World Health Organization's Quality of Life Instrument) HIV Group. Initial Steps to developing the World Health Organization's Quality of Life Instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS CARE*, Abingdon, v. 15(3), p. 347-57, 2003.
13. FLECK, M.P.; et al. A avaliação de qualidade de vida: Guia para profissionais da saúde. Porto Alegre: Artmed, 2008.
14. ZIMPEL, R.R.; & FLECK, M.P. Quality of Life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS CARE*, Abingdon, v.19(7), p.923-30, 2007.
15. HIDALGO, J.A.; MAC ARTHUR, R.D.; CRANE, L.R. An overview of HIV infection and AIDS: etiology, pathogenesis, diagnosis, epidemiology and occupational exposure. *Seminars in Thoracic and Cardiovascular Surgery*, Philadelphia, v. 12, p.130-7, 2000.
16. SEIDL, E. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.10(3), p. 421-29, 2005.
17. HOLZEMER, W.L.; SPICER, J.G.; WILSON, H.S.; et al. Validation of the quality of life scale: living with HIV. *Journal of Advanced Nursing*, Oxford, v. 28(3), p. 622-30, 1998.
18. SAFREN, A.S.; RADOMSKI, A.S.; OTTO, M.W.; et al. Predictors of psychological well-being in a diverse sample of HIV-positive patients receiving highly active antiretroviral therapy. *Psychosomatics*, Washington (DC), v. 43(6), p. 478-85, 2002.
19. TOSTES, M.A. A qualidade de vida de mulheres com a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida. Rio de Janeiro. Tese [Doutorado em Medicina] - Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ) - Instituto de Psiquiatria, 1998.
20. LEPLÈGE, A.; RUDE, N.; ECOSSE, E.; et al. Measuring quality of life from the point of view of HIV-positive subjects: the HIV- QL 31. *Quality of Life Research*, Oxford, v. 6, p. 585-94, 1997.
21. JELSMA, J.; MACLEAN, E.; HUGHES, J.; et al. An investigation into the health-related quality of life of individuals living with HIV who are receiving HAART. *AIDS CARE*, Abingdon, v. 17(5), p.579-88, 2005.
22. SOUZA JUNIOR, P.R.B.; SZWARCOWALD, C.L.; CASTILHO, E.A. Self-rated health by HIV-infected individuals undergoing antiretroviral therapy in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, v. 27(1), p. 56-66, 2011.

23. GASPAR, J.; REIS, R.K.; PEREIRA, F.M.V.; et al. Quality of life in Women with HIV/AIDS in a municipality in the state of São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, São Paulo, v. 45(1), p. 230-36, 2011.
24. SANTOS, E.C.M.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo, Brazil. *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 41(2), p. 64-71, 2007.
25. CALVETTI, P.U.; MULLER, M.C.; NUNES, M.L.T. Quality of life and spiritual well-being in individuals with HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13(3), p. 523-30, 2008.
26. CARNEIRO, A.K.J. Avaliação da qualidade de vida dos pacientes com sorologia positiva para HIV acompanhados ambulatorialmente no Instituto de Infectologia Emilio Ribas. São Paulo. Tese [Mestrado em Ciências] - Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria da Saúde, 2010.
27. FATIREGUN, A.A.; MOFOLORUNSHO, K.C.; OSAGBEMI, K.G. Quality of life of people living with HIV/AIDS in Kogi state, Nigéria. *Benin Journal of Postgraduate Medicine*, Benin, v. 11(1), p. 21-27, 2009.
28. PEREIRA, M.; & CANAVARRO, M.C. Gender and age differences in quality of life and the impact of psychopathological symptoms among HIV-infected patients. *AIDS and Behavior*, New York, v. 15(8), p. 1857-69, 2011.
29. BELAK, K.S.; VURUSIC, T.; DUVANCIC, K.; et al. Quality of life of HIV-infected persons in Croatia. *Collegium Antropologicum*, Zagreb, v. 30 (2), p.79-84, 2006.
30. NOJOMI, M.; ANBARY, K.; RANJBAR, M. Health-related quality of life in patients with HIV/AIDS. *Archives of Iranian Medicine*, Tehran, v. 11(6), p. 608-12, 2008.
31. SADDKI, N.; NOOR, M.M.; NORBANEE, T.H.; et al. Validity and reliability of the Malay version of WHOQOL – HIV Bref in patients with HIV infection. *AIDS CARE*, Abingdon, v. 21(10), p. 1271-8, 2009.
32. RAZERA, F.; FERREIRA, J.; BONAMIGO, R.R. Factors associated with health-related quality of life in HIV-infected Brazilians. *International Journal of STD & AIDS*, London, v. 19(8), p. 519-23, 2008.
33. MINISTÉRIO DA SAÚDE – SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE – DEPARTAMENTO DE VIGILÂNCIA, PREVENÇÃO E CONTROLE DST/AIDS. Portaria nº 151.09 de 14/10/2009. Diário Oficial da União nº 198, 16/10/2009; 40-41.

34. ABERG, J.A.; GALLANT, J.E.; ANDERSON, J.; et al. Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected with Human Immunodeficiency Virus: Recommendations of the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, Boston, v. 39(5), p. 609-29, 2004.
35. O'CONNELL, K.; SKEVINGTON, S.; SAXENA, S.; WHOQOL HIV Group. Preliminary development of the World Health Organizations Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. *Social Science & Medicine*. Oxford, v. 57(7), p.1259-75, 2003.
36. CICONELLI, R.M. Tradução para o português e validação do questionário genérico de avaliação de qualidade de vida "Medical Outcomes Study 36 – Item Short-Form Health Survey (SF – 36)". São Paulo. Tese [Doutorado em Medicina] - Universidade Federal de São Paulo, 1997.
37. HSIUNG, P.C.; FANG, C.T.; CHANG, Y.Y.; et al. Comparison of WHOQOL– Bref and SF–36 in patients with HIV infection. *Quality of Life Research*, Oxford, v.14(1), p. 141-50, 2005.
38. ZIMPEL, R.R. Qualidade de vida em pacientes HIV – positivos: uma comparação entre WHOQOL – 100 e SF – 36. Porto Alegre. Tese [Mestre em Medicina] - Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), 2003.
39. HENRIQUE, I.F.S.; de MICHELI, D.; LACERDA, R.B.; et al. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50(2), p. 199-206, 2004.
40. BOTEAGA, N.J.; BIO, M.C.; ZOMIGNANI, M.A.; et al. Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Revista de Saúde Pública*, São Paulo, v. 29(5), p. 355-63, 1995.
41. SEIDL, E.M.F.; MACHADO, A.C.A. Psychological well-being, coping and lipodystrophy in HIV/AIDS people. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13(2), p. 239-47, 2008.
42. CENTER FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). 1993 Revised Classification System for HIV Infection and Expanded Surveillance Case Definition for AIDS Among Adolescents and Adults - MMWR December 18, 1992/41 (rr-17). Disponível em <https://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/00018871.htm>. Acesso em 12 de agosto de 2011.
43. MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - PROGRAMA NACIONAL DE DST E AIDS. Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças. 2004. Disponível em http://www.aids.gov.br/sites/default/files/criterios_aids_2004.pdf. Acesso em 13 de agosto de 2011.

44. ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA DE EMPRESAS DE PESQUISA (ABEP). Critério de Classificação Econômica Brasil. 2011. Disponível em <http://www.abep.org>. Acesso em 12 de agosto de 2011.
45. PUHAN, M.A.; AHUJA, A.; VAN NATTA, M.L., et al. Studies of Ocular Complications of AIDS Research Group. Interviewer versus self-administered health-related quality of life questionnaires – does it matter? *Health and Quality of Life Outcomes*, London, v. 10 (9), p. 30-43, 2011.

8. PROGRESSÃO PARA DOUTORADO

O projeto inicial integra a dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento da Universidade Católica de Pelotas (UCPeL) como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Saúde e Comportamento, sob o título **“Qualidade de vida em pacientes soropositivos de um centro de referência no sul do Brasil”**. O objetivo daquele estudo foi avaliar qualidade de vida (QV) e seus fatores determinantes em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHAs) atendidas no Serviço de Assistência Especializada (SAE) – Pelotas.

Após a elaboração do projeto e com a execução do processo, percebeu-se a necessidade de adaptações que viabilizariam uma extensão dos objetivos iniciais do estudo. Esta percepção foi desencadeada por relatos espontâneos sobre risco de suicídio (RS), por parte dos entrevistados, durante o projeto piloto, além de considerações sobre a relação com QV, desfecho principal do projeto inicial de dissertação. Para tanto, foi solicitada ao Comitê de Ética em Pesquisa da UCPeL permissão para inclusão de questões a respeito de suicídio na pesquisa sobre QV em PVHAs. **(Anexo D)**

A extensão dos objetivos iniciais resultou na progressão para o curso de doutorado do mesmo Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento **(Anexo E)**. A análise dos resultados obtidos com a execução do projeto produziu os dois artigos apresentados nesta tese.

8.1 Objetivos

8.1.1 Objetivo geral

Avaliar comportamentos de risco em PVHAs em acompanhamento no SAE-Pelotas, um centro de referência em HIV/AIDS na região sul do Brasil.

8.1.2 Objetivos específicos

Artigo 1

- Estimar a prevalência de abuso/dependência de substâncias psicoativas (ADSP), estratificada por sexo.
- Verificar os fatores associados à ADSP, estratificados por sexo.

Artigo 2

- Estimar a prevalência de RS.
- Verificar os fatores associados a RS.

8.2 Hipóteses

Artigo 1

- ADSP será elevado em PVHAs.
- A prevalência de ADSP será maior em homens do que em mulheres.
- Os fatores associados à ADSP tanto em homens como em mulheres, serão: idade até 35 anos, abuso/dependência (A/D) de tabaco, baixa escolaridade e baixo nível socioeconômico.
- Outros fatores associados à ADSP serão diferentes entre homens e mulheres: ADSP será relacionado com comportamento sexual entre os homens - homens que fazem sexo com homens (HSH); ADSP será relacionado com presença de ansiedade e presença de depressão no sexo feminino.

Artigo 2

- RS será elevado em PVHAs.
- RS será associado com sexo masculino e desemprego.
- RS será associado com a presença de ansiedade, presença de depressão e ADSP.
- RS será relacionado com estágio da infecção (sintomático e AIDS).
- RS será relacionado com ausência de apoio social.

8.3 Sumário

8.3.1 Artigo 1

PVHAs são mais sujeitas a estressores físicos e mentais e mais vulneráveis a envolvimento com substâncias psicoativas (SP).^{1,2} A prevalência de ADSP, uma séria doença mental, é alta nesta população.³ A comorbidades destas condições, HIV/AIDS e ADSP, é relacionada com piores resultados em vários aspectos, como baixa adesão aos programas de terapia antirretroviral (TARV)^{4,5} e maiores taxa de mortalidade devido a causas relacionadas a AIDS e também mortalidade por todas as causas.^{6,7,8} Existem evidências de prejuízo ao

sistema imunológico que são ligadas a ADSP em PVHAs: cocaína media a aceleração da progressão da infecção pelo vírus HIV.⁹

A infecção pelo HIV sofreu um processo conhecido como feminização, aumentando a incidência de casos entre a população feminina¹⁰, e profundas transformações socioculturais resultaram em mudanças no comportamento feminino¹¹, tornando as mulheres mais próximas do padrão de comportamento masculino em relação à sexualidade e envolvimento com SP.^{12,13,14,15} Ainda assim, pouca atenção é dada para identificar as características de mulheres portadoras de HIV/AIDS em relação ao uso de SP. A maioria dos estudos sobre ADSP em PVHAs envolve predominantemente a população masculina e, portanto, os fatores de risco para eles são bem estabelecidos.^{16,17,18,19} Avaliar se existem diferenças entre os sexos em relação à ADSP e identificar quais são os fatores de risco associados a cada sexo possibilita que se estabeleçam programas de prevenção e tratamento diferenciados e específicos para cada grupo, aumentando as chances de eficácia.

Informações sobre uso de SP foram obtidas através do *Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test* (ASSIST 2.0), instrumento desenvolvido por um grupo internacional de pesquisadores da *World Health Organization (WHO)* com a finalidade de detectar uso de SP e problemas relacionados em pacientes de cuidados primários de saúde.²⁰ Trata-se de um questionário estruturado, adaptado e validado para o Brasil, com oito questões sobre o uso das seguintes nove classes de SP: tabaco, álcool, maconha, cocaína/crack, estimulantes, hipnóticos/sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos.²¹ **(Anexo C)**

Quadro 7: Classes de substâncias psicoativas (ASSIST)

Tabaco	derivados do tabaco: cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda...
Álcool	bebidas alcoólicas: cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths...
Maconha	baseado, erva, haxixe...
Cocaína/crack	cocaína: pó, branquinha, nuvem... crack: pedra
Estimulantes	anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)
Hipnóticos/sedativos	remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol...
Inalantes	cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...
Alucinógenos	LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos...
Opiáceos	heroína, morfina, metadona, codeína...
Outras	Especificar:

Cada resposta corresponde a um escore variando de 0 a 4, e a soma varia de 0 a 20. O escore total variando de 0 a 3 indica uso ocasional ou nulo; de 4 a 15 indica abuso, e ≥ 16 é sugestivo de dependência. As variáveis relativas à A/D de tabaco, álcool e outras SP foram dicotômicas (sim ou não): nulo/uso ocasional (escore de 0–3) ou A/D (escore ≥ 4). A consistência interna deste instrumento foi considerada adequada, com sensibilidade de 84% a 91%, especificidade de 79% a 98%, valores preditivos positivos variando de 80% a 93% e valores preditivos negativos de 85% a 96%.²¹ Para este artigo foi considerado como resultado principal ADSP (maconha, cocaína/crack, estimulantes, hipnóticos/sedativos, inalantes, alucinógenos e opiáceos).

O cálculo de tamanho da amostra foi realizado *a posteriori*, estratificado por sexo. Para tratamento estatístico dos dados foram utilizados os programas SPSS 13.0 e STATA. A análise de significância estatística para avaliar diferenças na prevalência de ADSP em relação às variáveis independentes será feita através do teste *chi-square*, estratificada por sexo. A análise multivariada será através de regressão de Poisson, também estratificada por sexo. Esta técnica estatística já foi validada para análise de estudos transversais com resultado binário.²² O modelo hierárquico será construído com as variáveis que apresentarem diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) ou tendência para diferença significativa ($0.05 < p < 0.100$) em relação à ADSP.

8.3.2 Artigo 2

O suicídio impacta a sociedade. Estima-se que a cada ano mais de 800 000 pessoas morrem por suicídio – uma morte a cada 40 segundos, e muitas mais tentam o suicídio, sendo este um fenômeno global. Ainda mais: um evento suicida afeta profundamente a vida de pelo menos seis outras pessoas estreitamente relacionadas ao suicida, e de até centenas de pessoas indiretamente relacionadas, incluindo ambiente de trabalho ou estudo.^{23,24} Existe preocupação da comunidade científica sobre o tema; a pesquisa sobre RS é vasta e instituiu-se uma data anual para conscientização do assunto, como medida de prevenção.²⁵

Embora seja esperado que pessoas afetadas por doenças crônicas sérias sejam mais propensas a comportamentos relacionados à suicidabilidade²⁶ estudos científicos já demonstraram maior prevalência de RS em PVHAs comparadas tanto a população geral quanto a pacientes portadoras de outras doenças crônicas.^{27,28,29} A infecção pelo vírus HIV ainda é altamente estigmatizante e as PVHAs convivem com sentimentos de rejeição, isolamento social e discriminação.³⁰ Na medida em que a infecção assumiu o status de doença

crônica, as pessoas portadoras de HIV/AIDS passaram a viver mais tempo submetidas a estes e outros eventos estressores que são estatisticamente relacionados com suicidabilidade.^{31,32} A identificação de fatores associados à RS em PVHAs, uma população altamente exposta a tal desfecho, é importante devido a implicações na prevenção de mortes por suicídio.³³

RS foi avaliado através do módulo C do instrumento *Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0* (MINI).³⁴ Esta é uma entrevista diagnóstica estruturada de rápida e fácil aplicação, com adequadas características psicométricas³⁵, que explora de modo padronizado os principais transtornos psiquiátricos do eixo I do *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders IV* (DSM IV), RS e transtorno de personalidade anti-social.³⁶ O módulo C se refere à avaliação de RS e consiste de cinco questões sobre os últimos trinta dias e uma questão sobre tentativa de suicídio ao longo vida. O resultado principal deste estudo consistiu de uma variável dicotômica: RS, sim ou não. **(Anexo C)**

O cálculo de tamanho da amostra foi feito *a posteriori*. Para tratamento estatístico dos dados foram utilizados os programas SPSS 13.0 e STATA. A análise de significância estatística para avaliar diferenças na prevalência de RS em relação às variáveis independentes será realizada através do teste *chi-square*. A análise multivariada será realizada através de regressão de Poisson, técnica estatística validada para análise de estudos transversais com resultado binário.²² O modelo hierárquico será construído com as variáveis que apresentaram diferença estatisticamente significativa ($p < 0.05$) ou tendência para diferença significativa ($0.05 < p < 0.200$) em relação à RS.

8.4 Referências

1. FEYISSA, G.T.; ABEBE, L.; GIRMA, E.; et al. Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BioMed Central Public Health*, London, v. 12(1), p. 522, 2012.
2. GROV, C.; GOLUB, S.A.; PARSONS, J.T.; et al. Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS CARE*, Abingdon, v. 22(5), p. 630-9, 2010.
3. PENCE, B.W.; MILLER, W.C.; WHETTEN, K.; et al. Prevalence of DSM-IV - defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the Southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Hagerstown, v. 42(3), p. 298-306, 2006.

4. BONN-MILLER, M.O.; OSER, M.L.; BUCOSSY, M.M.; et al. Cannabis use and HIV antiretroviral therapy adherence and HIV-related symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, New York, v. 37(1), p. 1-10, 2014.
5. ULETT, K.B.; WILLIG, J.H.; LIN, H.-Y.; et al. The Therapeutic Implications of Timely Linkage and Early Retention in HIV Care. *AIDS Patient Care and STDs*, Larchmont, v. 23(1), p. 41–9, 2009.
6. ARNSTEN, J.H.; DEMAS, P.A.; GRANT, R.W.; et al. Impact of active drug use on antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users. *Journal of General Internal Medicine*, Philadelphia, v. 17(5), p. 377-81, 2002.
7. COHN, S.E.; JIANG, H.; MCCUTCHAN, J.A.; et al. Association of ongoing drug and alcohol use with non-adherence to antiretroviral therapy and higher risk of AIDS and death: results from ACTG 362. *AIDS CARE*, Abingdon, v. 23(6), p. 775–85, 2011.
8. NURUTDINOVA, D.; CHRUSCIEL, T.; ZERINGUE, A.; et al. Mental health disorders and the risk of AIDS-defining illness and death in HIV-infected veterans. *AIDS*, London, v. 26(2), p. 229-34, 2012.
9. PARIKH, N.; DAMPIER, W.; FENG, R.; et al. Cocaine Alters Cytokine Profiles in HIV-1-Infected African American Individuals in the DrexelMed HIV/AIDS Genetic Analysis Cohort. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, Hagerstown, v. 66(3), p. 256–64, 2014.
10. JOINT UNITED NATIONS PROGRAM ON HIV/AIDS (UNAIDS). Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Disponível em http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf. Acesso em 30 de dezembro de 2016.
11. DESOUSA, E.; BALDWIN, J.R.; ROSA, F.H.A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, Porto Alegre, v. 13(3), p. 485-96, 2000.
12. BORDINI, G.S.; SPERB, T.M. Sexual Double Standard: A Review of the Literature Between 2001 and 2010. *Sexuality & Culture*, Springer, v. 17(4), p. 686-704, 2013.
13. CRUZ, V.D.; OLIVEIRA, M.M.; PINHO, L.B., et al. Sociodemographic conditions and patterns of crack use among women. *Text & Context -Nursing*, Florianópolis, v. 23(4), p. 1068-76, 2014.
14. EATON, N.R.; KEYES, K.M.; KRUEGER, R.F.; et al. An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence from a National Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, Washington Dc, v. 121(1), p. 282–88, 2012.

15. RAMOS, V.; CARVALHO, C.C.; LEAL, I.P. Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise Psicológica*, Lisboa, v. 23(2), p. 173-85, 2005.
16. BING, E.G.; BURMAM, M.A.; LONGSHORE, D.; et al. Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, Chicago, v. 58(8), p. 721-28, 2001.
17. MCGOWAN, C.C.; WEINSTEIN, D.D.; SAMENOW, C.P.; et al. Drug Use and Receipt of Highly Active Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Persons in Two U.S. Clinic Cohorts. *PLoS ONE*, San Francisco, v. 6(4), e18462, 2011.
18. SKEER, M.R.; MIMIAGA, M.J.; MAYER, K.H.; et al. Patterns of Substance Use Among a Large Urban Cohort of HIV-Infected Men Who Have Sex With Men in Primary Care. *AIDS and Behavior*, New York, v. 16(3), p. 676–89, 2012.
19. TOGARI, T.; INOUE, Y.; TAKAKU, Y.; et al. Recreational drug use and related social factors among HIV-positive men in Japan. *AIDS Care*, Abingdon, v. 28(7), p. 932-40, 2016.
20. WHO ASSIST WORKING GROUP. The Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, Abingdon, v. 97(9), p. 1183–94, 2002.
21. HENRIQUE, I.F.S.; de MICHELI, D.; LACERDA, R.B.; et al. Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, São Paulo, v. 50(2), p. 199-206, 2004.
22. Barros, A. J., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3, 21. doi: 10.1186/1471-2288-3-21.
23. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Global Health Estimates 2013: Deaths by Cause, Age and Sex, Estimates for 2000–2012. Geneva: World Health Organization; 2014. Acesso em 12 de janeiro de 2016.
Disponível em http://www.who.int/healthinfo/global_burden_disease/en/.
24. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). Surveillance of suicide and suicide attempts. Acesso em 10 de janeiro de 2016.
Disponível em http://www.who.int/mental_health/suicide-prevention/en/.
25. WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). World Suicide Prevention Day (WSPD). Acesso em 10 de janeiro de 2016.
Disponível em http://www.who.int/mental_health/prevention/suicide/wspd/en/.

26. ROBSON, A.; SCRUTTON, F.; WILKINSON, L.; et al. The risk of suicide in cancer patients: a review of the literature. *Psycho-oncology*, Chichester , v. 19(12), p. 1250–8, 2010.
27. ROBERTSON, K.; PARSONS, T.D.; VAN DER HORST, C.; et al. Thoughts of death and suicidal ideation in nonpsychiatric human immunodeficiency virus seropositive individuals. *Death studies*, Washington (DC), v. 30(5), p. 455-69, 2006.
28. KEISER, O.; SPOERRI, A.; BRINKHOF, M.W.; et al; Swiss HIV Cohort Study; Swiss National Cohort. Suicide in HIV-infected individuals and the general population in Switzerland, 1988-2008. *American Journal of Psychiatry*, Arlington, v. 167(2), p. 143-50, 2010.
29. CATALAN, J.; HARDING, R.; SIBLEY, E.; et al. HIV infection and mental health: suicidal behaviour--systematic review. *Psychology, health & medicine*, Abingdon, v. 16(5), p. 588-611, 2011.
30. OWOLABI, R.S.; ARAOYE, M.O.; OSAGBEMI, G.K.; et al. Assessment of stigma and discrimination experienced by people living with HIV and AIDS receiving care/treatment in University of Ilorin Teaching Hospital (UITH), Ilorin, Nigeria. *Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care*, Chicago, v. 11(2), p. 121-7, 2012.
31. SCHADÉ, A.; VAN GROOTHEEST, G.; SMIT, J.H. HIV-infected mental health patients: characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BioMed Central Psychiatry*, London, v. 13, p. 35, 2013.
32. QUINTANA-ORTIZ, R.A.; GOMEZ, M.A.; BÁEZ FELICIANO, D.V.; et al. Suicide attempts among Puerto Rican men and women with HIV/AIDS: a study of prevalence and risk factors. *Ethnicity & Disease*, Atlanta, 18(2), 219-24, 2008.
33. CARRICO, A.W.; JOHNSON, M.O.; MORIN, S.F.; et al; NIMH Healthy Living Project Team. Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS*, London, v. 21(9), p. 1199–203, 2007.
34. SHEEHAN, D.; LECRUBIER, Y.; SHEEHAN, K.H.; et al. The Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): The Development and Validation of a Structured Diagnostic Psychiatric Interview for DSM-IV and ICD-10. *The Journal of Clinical Psychiatry*, Memphis, v. 59(20), p. 22-33, 1998.
35. AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, São Paulo, v. 22(3), p. 106-15, 2000.
36. AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION (APA). Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. 4th ed (DSM-IV). Washington (DC), 1994.

9. ARTIGO 1

Título: ABUSE/DEPENDENCE ON PSYCHOACTIVE SUBSTANCES IN PEOPLE LIVING WITH HIV/AIDS: DIFFERENT PROFILES BY GENDER

Autores: Susane Müller Klug Passos, Luciano Dias de Mattos Souza, Bárbara Coiro Spessato, Douglas Klug Reinhardt, Sally Knevez da Silva

Artigo será submetido para publicação em *AIDS Patient Care and STDs Journal*.

Abstract

A cross-sectional study was conducted to evaluate differences about the psychoactive substances abuse/dependence prevalence among HIV+ men and women and to examine associated factors with this outcome stratified by sex. Psychoactive substances abuse/dependence was assessed using the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST 2.0). Multivariate analysis was performed using Poisson regression. Of the male e female sample, 22.1% and 9.9% respectively, were on psychoactive substances abuse/dependence. In the male sample the outcome was independently associated with age less than 47 years old, unemployment, socioeconomic status, tobacco abuse/dependence, anxiety indicative, comorbidities and infection route. In the female sample, psychoactive substances abuse/dependence was independently associated with age less than 35 years old, tobacco abuse/dependence and same-sex sexual behavior. The female sample was different from the male sample concerning the outcome. Health professionals should be alert to these differences in the associated factors risks stratified by sex.

Keywords: abuse; dependence; psychoactive; substance; HIV; AIDS.

Introduction

Exposure to psychoactive substances (PS) is widespread in society and is a trigger for developing PS abuse/dependence (PSAD) (Medina-Mora, 2005). People living with HIV/AIDS (PLWHAs) are often subjected to physical and mental stressors and are more vulnerable to PS involvement (Feyissa et al., 2012; Grov et al., 2010). The high prevalence of PS use disorders in this population (Pence et al., 2006) is a reason for great concern. However, although there is a recommendation that HIV care providers routinely assess PS use for early PSAD identification as part of clinical care (Aberg et al., 2009), this maladaptive behavior is unusually addressed in the clinical practice in HIV/AIDS care centers (Korthuis et al., 2008).

PSAD is related to several health problems (Moore et al., 2007). PLWHAs who abuse PS frequently suffers from delayed access to antiretroviral therapy (ARVT), comorbidities, socioeconomic barriers, and have lower adherence to health programs (Bonn-Miller et al., 2014; Ulett et al., 2009). However, there is evidence of a harmful effect on the immune response associated with a higher mortality rate due to AIDS-related causes and also all-cause mortality in this population (Arnsten et al., 2002; Cohn et al., 2011; Nurutdinova et al., 2012). The higher mortality risk for PLWHAs who were diagnosed with PSAD in comparison with HIV-positive patients without PSAD can be maintained even when these people have broad access to health services with multidisciplinary teams (DeLorenze et al., 2011).

Most studies on PSAD focus on the male population and the associated risk factors for those are well established, including in PLWHAs (Bing et al., 2001; McGowan et al., 2011; Skeer et al., 2012; Togari et al., 2016). However sociocultural changes led to profound transformations in female behavior (DeSouza et al., 2000). In several ways women have assumed behavior patterns that resemble typical male patterns, including sexual behavior and PS use (Bordini & Sperb, 2013; Cruz et al., 2014; Eaton et al., 2012; Ramos et al., 2005). At the same time, HIV infection has undergone a process known as feminization, increasing the incidence among women worldwide (Joint United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS], 2013). Yet, not enough attention is given to HIV-positive women characteristics in regard to PS use in the scientific literature.

Gender is a common decision-making risk factor in practice clinical and research settings and is an easily identifiable variable. Nevertheless, despite well-established greater PS use in the male population in PLWHAs samples (Lopes et al., 2012), few articles highlight the risk factors stratified by sex or in women samples. Understanding gender differences in

PSAD supports gender-focused prevention and treatment efforts, and identifying gender-specific PSAD risk factors can facilitate this process

The objectives of this study were to establish the differences in the PSAD prevalence among HIV-positive men and women and to examine associated factors with this outcome stratified by sex in the population assisted by the Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) in Pelotas, Brazil.

Methods

A cross-sectional study of the 690 PLWHAs assisted in the SAS - Pelotas from December 2011 to June 2012 was carried out. It is important to point out that the SAS is the center that provides medical assistance and antiretroviral medication to PLWHAs in the city of Pelotas and surroundings. Ethical approval for the study was obtained from the Ethics and Research Committee of the Catholic University of Pelotas (UCPeL), under protocol number 2011/76.

Inclusion criteria for participation in the study were: being 18 years old or older and having a record of HIV infection. Exclusion criteria were: presenting clinical or cognitive condition that prevented clear understanding of the research instruments or restrictions to respond to the questionnaire unaccompanied. Eight participants were not included in the study due to the exclusion criteria. There were 57 refusals, with a lack of time given as the main reason for refusal. For this reason, 625 participants, 301 (48.2%) men, and 324 (51.8%) women completed the questionnaire administered by trained interviewers, composing the study sample. All participants read and signed an informed consent.

Instruments

The survey instrument consisted of an interview that assessed sociodemographic and clinical characteristics. Data was collected on gender, age, education, employment (has a current paid job), socioeconomic status (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2011), partnership (for at least a year), children (if they have children), same-sex sexual behavior (SSB), and perceived social support related to the HIV infection (family, friends, health care providers or other). The clinical interview assessed lipodystrophy (perception of changes in: face, nape of the neck, arms, chest/breasts, abdomen, buttocks and/or legs after the beginning of ARVT), comorbidities (self-reported diagnosis of hypertension, diabetes, cardiopathy, dyslipidemia, tuberculosis, hepatitis, chronic kidney disease, chronic lung disease, cancer), infection route (sexual intercourse or others: drug use, blood transfusion, exposure to blood or other biological material, vertical transmission).

ARVT (currently yes, never/currently no) was assessed through self-report and evaluation of medical records. Data on CD4+ T-lymphocyte cell count (CD4) and HIV-1 RNA viral load (VL), considering the latest result within the previous six months, and data on the AIDS diagnosis (yes or no) were retrieved from the medical records, and the cutoff points were used according the HIV/AIDS guidelines in effect at the time of the interviews (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2008; Department of Health and Human Services [HHS], 2012; Ministério da Saúde do Brasil, 2004, 2010). Undetectable VL was defined as <50 viral copies/ml RNA.

To assess anxiety indicative and depression indicative, we used the Brazilian version of Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD) (Botega et al., 1995). The scale consists of 14 questions about how the participants felt in the previous week divided into two sub-scales: depression and anxiety. Each sub-scale has seven items and the overall score ranges from 0 to 21. The cutoff point was 8/9.

Information on PS use was obtained through the Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST 2.0), developed by the World Health Organization (WHO) by an international group of substance abuse researchers to detect PS use and related problems in primary care patients (WHO ASSIST Working Group, 2002). It is a structured, adapted and validated for Brazil questionnaire (Henrique et al., 2004) with 8 questions about the use of the following classes of PS; tobacco, alcohol, marijuana, cocaine/crack, stimulants, inhalants, hypnotics/sedatives, hallucinogens, opiates, and others. Each response corresponds to a score ranging from 0 to 4, and the sum ranges from 0 to 20. The total score ranging from 0 to 3 indicates never/occasional use, from 4 to 15 indicates abuse and 16 and over is suggestive of dependence. The variables concerning tobacco abuse/dependence, alcohol abuse/dependence, and PSAD were dichotomous (yes or no): abuse/dependence (score ≥ 4) or never/occasional use (score ranging 0-3). The internal consistency of this instrument is considered adequate, with sensitivity ranging from 84% to 91%; specificity, from 79% to 98%, with positive predictive values ranging from 80% to 93%, and negative predictive values of 85% 96% (Henrique et al., 2004). For this article was considered as the main outcome PSAD (marijuana, cocaine/crack, stimulants, inhalants, hypnotics/sedatives, hallucinogens, opiates, and others).

Statistical analysis

Double data entry was performed with Epi-Info 6.04 to ensure data accuracy. For the statistical analysis, we used SPSS 13.0 and STATA.

For the sample size calculation *a posteriori* specific procedures were performed as sex. In the male group, for the sample size of 301, we found a confidence level of 95% and a statistical power greater than 80%, considering the differences in proportions of PSAD for the variables: age, anxiety indicative, depression indicative, tobacco abuse/dependence, and infection route. The association between PSAD had a power of 60 to 80% for the following variables: education, employment, socioeconomic status, social support. Also, statistical power under 60% was found for the outcome association with a partnership, having children, SSB, alcohol abuse/dependence, lipodystrophy, comorbidities, ARVT, AIDS diagnosis, CD4, and VL.

In the female group, for the sample size of 324, we found a confidence level of 95% and a statistical power greater than 80%, considering the differences in proportions of PSAD for the variables: age, having children, SSB, and tobacco abuse/dependence. The association between PSAD had a power of 60 to 80% for the following variables: lipodystrophy, and ARVT. Also, statistical power under 60% was found for the outcome association with education, employment, socioeconomic status, partnership, social support, anxiety indicative, depression indicative, alcohol abuse/dependence, comorbidities, and infection route, AIDS diagnosis, CD4, and VL.

Initially, we obtained the frequencies of the independent variables characterizing the sample. To assess the differences in the prevalence of PSAD in relation to the independent variables, we used the chi-square test. Multivariate analysis was performed using Poisson regression. This statistical technique has been validated for analysis of cross-sectional studies with binary outcomes (Barros & Hirakata, 2003). The hierarchical model was comprised of the variables that showed statistically significant differences ($p < 0.05$) or showed a trend for a significant difference ($0.05 < p < 0.100$) regarding the outcome (Figure 1).

Results

Of the male e female sample, 22.1% and 9.9% respectively, were on PSAD ($p < 0.001$). Among the male sample, the most frequent PS reported were cocaine (12.8%), marijuana (10.2%), and crack (7.8%), while among the female sample the most frequent PS reported were hypnotics/sedatives (4.4%). As few as 2.5% of the women reported cocaine use, as well as marijuana and crack use (Table 1). Injection drug at least once in life was more frequent among men than among women (18.9% and 4.6%, respectively; $p < 0.001$).

Table 2 shows the characteristics of the samples. After the adjusted analysis, in the male sample, to be less than 47 years old, to be unemployed, to belong to the lower

socioeconomic class, to present anxiety indicative, tobacco abuse/dependence, comorbidities, and to report infection route others than sexual intercourse remained independently associated with PSAD. In the female sample, to be less than 35 years old, to report SSB, and to present tobacco abuse/dependence, likewise remained associated with the main outcome (Table 3).

Discussion

In this sample of PLWHAs, PSAD was associated with age and tobacco abuse/dependence, both men and women. In the male sample, PSAD was also associated with social factors: unemployment and socioeconomic status; and clinical conditions: anxiety indicative, comorbidities and infection route. In the female sample, PSAD was associated with sexual behavior, SSB, besides age and tobacco abuse/dependence.

Men had higher PSAD prevalence compared to women, showing that PLWHAs follows the same pattern of the general population regarding PS use (Merikangas & McClair, 2012). The higher PSAD by men is not yet fully understood (Lopes et al, 2012), but may be linked to the fact that men are more likely to externalize emotions than women, which in turn tend to internalize emotions (Eaton et al., 2012). Men show significantly higher rates of externalizing disorders, correlates with impulsive behaviors and disinhibitory tendencies, such as antisocial personality disorder and PSAD (Krueger et al., 2002). Furthermore, women appear to be less tolerant to physical, mental, and social consequences of PS use (Greenfield et al., 2003). It is also possible that despite HIV-positive women experience associated gender discrimination and HIV-related stigma (Logie et al., 2011), a trigger for the PSAD development (Levi-Minzi & Surratt, 2014), they have a better ability to cope with the HIV-infection adversities. This coping style has been thought to help people cope with the stigma and discrimination (Logie et al., 2011; Taylor & Stanton, 2007).

In accordance with other studies, PSAD were more common among younger PLWHAs (Bing et al., 2001; Liu et al., 2006); age less than 47 years old was independently associated with PSAD in the male sample and age less than 35 years old was independently associated with the outcome in the female samples. However, the risk was higher among women up to 35 years of age than among men in this age group. Furthermore, the PSAD pattern differs between genders with advancing age; there was substantial risk decrease among older women compared to older men: in the male sample, but not in the female sample, the association with PSAD remained in the 36 – 46 years old group. It is possible that sociocultural changes observed in the last decades (DeSouza et al., 2000) have a greater impact on behavior of younger women, becoming similar to behavior of male PSAD. These

finding reinforce the idea that PSAD screening should be a routine part of care for younger PLWHAs, in both genders.

Similarly, tobacco abuse/dependence was independently associated with PSAD for males and females. However, there is reason for increased concern in regard to the female sample: tobacco use among women is increasing in some countries (WHO, 2010). The association between tobacco abuse/dependence and PSAD is in agreement with other studies in PLWHAs (Shuter et al., 2012; Zyambo et al., 2015), reflecting a common vulnerability: the mechanism of nicotine addiction in the brain, the physiologic basis for tobacco dependence, is also the mechanism at which other PS additions are reinforced (Niaura & Abrams, 2002).

In the male sample unemployment and lower socioeconomic status also were associated with PSAD. Employment means more than just financial benefits for PLWHAs (Pereira & Canavarro, 2011). Employment is a source of structure and social support, providing a sense of purpose (Gaspar et al., 2011), relieving stress associated with HIV infection and encouraging social relations (Rüütel et al., 2009). In fact there are substantial social costs related to the PSAD, including decreased productivity (Rehm et al., 2009), and difficulties finding and maintaining jobs (Henkel, 2011), which may lead to decreased income personal and induces negative feelings (Bing et al., 2001) thus justifying such a result. But this association was not observed in the female sample, which may be partly explained by the fact that women meet in socially vulnerable by their gender condition (Abimanyi-Ochom, 2011; Duarte et al., 2014; Silveira et al., 2008) and therefore, for them, these social issues do not add risk to engage in PSAD. A study in Italy concluded that lose permanent employment was significantly associated with PS use in males but not in females. (Cornaggia et al., 2016). For men, lack employment can have a greater magnitude; it can mean the loss of the family provider condition. Added to this the adversities resulting from a chronic disease, such as HIV infection, and the externalizing behavior correlated with PS disorders (Eaton et al., 2012; Krueger et al., 2002), and has a favorable scenario for the PSAD outcome.

Infection route was associated with the outcome only in the male sample; PSAD was more prevalent among men who reported other HIV infection route than sexual intercourse, and this association remained in the multivariate analysis. This may be related to the PS, which differs between the two groups: men reported more often injection drugs, cocaine/crack and opioids, known to be most closely associated with HIV infection (Duailibi et al., 2008; Pechansky et al., 2006); while among women the most frequently PS reported were hypnotics/sedatives.

PLWHAs experience comorbidity associated with well-established determinant factors, including gender; some of them may also be linked to HIV infection and ARVT (Chu et al, 2011; Buchacz et al., 2009). A study comparing comorbidity among veterans with and without HIV infection show that multimorbidity is common among veterans with HIV infection, and medical disease was also more common among veterans with overlapping HIV infection and PSAD (Goulet et al., 2007). Another survey found that all-cause mortality was more likely among HIV-infected veterans with mental health comorbidities included PSAD (Nurutdinova et al., 2012). In our study of PLWHAs, PSAD was more prevalent in the male sample and comorbidities were associated with it in this sample. One must consider that both HIV infection and PSAD, and some of the major comorbidities, are more prevalent in the male population and the overlapping of these conditions adversely affect the HIV infection course (Abioye et al., 2015; CDC, 2014; Goulet et al., 2007; Grinsztejn et al., 2013).

Beside clinical comorbidities, mental illnesses, including PSAD, are prevalent among PLWHAs (Klinkenberg & Sacks, 2004; Nurutdinova et al., 2012). In fact, PSAD may even be a sign of an underlying mental health illness or PSAD may exacerbate psychiatric illness (Rezaei et al., 2013). Nevertheless the burden of HIV-associated psychiatric disorders appears to fall disproportionately on men. Indeed, a research found that HIV-positive men had a higher prevalence than HIV-negative men of most psychiatric disorders. In these same study HIV-positive women were not significantly more likely than HIV-negative women to have psychiatric disorders (Lopes et al., 2012). In our sample of PLWHAs, anxiety indicative was independently associated with PSAD in the male sample. The factors that contribute to the co-occurrence of anxiety disorders and PSAD among HIV-positive men remain poorly defined. It is possible that HIV-positive women may have a greater ability to develop coping strategies than HIV-positive men (Logie et al., 2011). These strategies, such as resilience, may help them to attenuate HIV-related stressors that could be related to the onset or recurrence of psychiatric disorders.

In the female sample, SSB was associated with PSAD; SSB women had a higher PSAD prevalence (OR=4.93; 95% CI=2.85–8.55) than other women. There were no significant differences between SSB men and other men. Gender differences typically evident in heterosexual populations (e.g. men reporting heavier PS use) are less pronounced in SSB populations (Cochran et al., 2004; Green & Feinstein, 2012). Note here that SSB women seem more likely to externalize emotions, compared with other women, which leads to a more aggressive and impulsive behavior, correlated with PSAD, usually associated with male gender (Eaton et al., 2012). It is also possible that HIV-SSB women, because they accumulate

three conditions that are socially stigmatized, are more vulnerable to PS involvement. In this scenario, female gender does not appear to be as robust of protective factors against PSAD for SSB individuals as they are for heterosexual individuals. Thus clinicians should not presume that female gender decreases the likelihood of PSAD for SSB people. While studies on SSB men continue to show mixed results, findings consistently suggest that SSB women are more likely to PS involvement, but the research focus has been largely on SSB men, injection drugs, and alcohol-related problems (Green & Feinstein, 2012). In fact, few studies address SSB women, especially PSAD in HIV-SSB women whose experiences have been unrecognized and unreported. (Lenke & Piehl, 2009; Matebeni et al., 2013).

Some limitations should be taken into account when considering our results. The cross-sectional design does not allow conclusions about causality between the primary outcome and sociodemographic and clinical variables. This is inherent to the research design. Causal relationships between these factors need to be confirmed by prospective studies, which by its characteristics, require more time and greater financial support. Even though our study is not a population-based study, we manage to assess a large number of individual from the region. In fact, few studies present larger sample sizes. It is important to take into consideration our sample selection limitations when interpreting our findings. There might have been an under-representation of people with PSAD history given the stigmatized nature of the use of some PS; this population is less likely to seek medical care. It is important to highlight that the SAS-Pelotas, where we conducted the survey, is the only service center that distributes medication for PLWHAs in the city minimizing a potential sampling bias.

Conclusions

PSAD in PLWHAs is high, both in male and female sample. PSAD prevalence was higher among HIV-positive men than HIV-positive women. In the male sample, PSAD factors associated follow a similar pattern of the general male population using PS, where socioeconomic factors assume importance. The female sample was different from the male sample regarding PSAD; women had fewer PSAD factors associated than men, showing greater gender vulnerability, where socioeconomic factors not would add a higher risk for the PS disorders development. Health professionals that assist PLWHAs must be especially attentive to possible PSAD in HIV-SSB women, a population that has been virtually ignored.

Compliance with ethical standards

Conflict of interest: The authors declare that they have no conflict of interest.

Human and animal rights and Informed consent: All procedures performed in studies involving human participants were in accordance with the ethical standards of the institutional and/or national research committee and with the 1964 Helsinki declaration and its later amendments or comparable ethical standards. Informed consent was obtained from all patients for being included in the study. This article does not contain any studies with animals performed by any of the authors.

References

Aberg, J.A., Kaplan, J.E., Libman, H., Emmanuel, P., Anderson, J.R., Stone, V.E., ... Gallant, J.E. (2009). Primary care guidelines for the management of persons infected with human immunodeficiency virus: 2009 update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. *Clinical Infectious Diseases*, 49(5), 651-81. doi: 10.1086/605292.

Abimanyi-Ochom J. (2011). The better the worse: risk factors for HIV infection among women in Kenya and Uganda – demographic and health survey. *AIDS Care*, 23(12), 1545-50. doi: 10.1080/09540121.2011.582477.

Abioye, A.I., Soipe, A.I., Salako, A.A., Odesanya, M.O., Okuneye, T.A., Abioye, A.I., ... Omotayo, M.O. (2015). Are there differences in disease progression and mortality among male and female HIV patients on antiretroviral therapy? A meta-analysis of observational cohorts. *AIDS Care*, 27(12), 1468-86. doi: 10.1080/09540121.2015.1114994.

Arnstén, J. H., Demas, P. A., Grant, R. W., Gourevitch, M. N., Farzadegan, H., Howard, A. A., & Schoenbaum, E. E. (2002). Impact of active drug use on antiretroviral therapy adherence and viral suppression in HIV-infected drug users. *Journal of General Internal Medicine*, 17(5), 377-381. doi: 10.1046/j.1525-1497.2002.10644.x.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP]. 2011. Critério de Classificação Econômica Brasil. Retrieved from <http://www.abep.org>.

Barros, A. J., & Hirakata, V. N. (2003). Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. *BMC Medical Research Methodology*, 3, 21. doi: 10.1186/1471-2288-3-21.

Bing, E.G., Burnam, M.A., Longshore, D., Fleishman, J.A., Sherbourne, C.D., London, A.S., ... Shapiro, M. (2001). Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. *Archives of General Psychiatry*, 58(8), 721-728.

Bonn-Miller, M.O., Oser, M.L., Bucossi, M.M., & Trafton, J.A. (2014). Cannabis use and HIV antiretroviral therapy adherence and HIV-related symptoms. *Journal of Behavioral Medicine*, 37(1), 1-10. doi: 10.1007/s10865-012-9458-5.

Bordini, G.S. & Sperb, T.M. (2013). Sexual Double Standard: A Review of the Literature Between 2001 and 2010. *Sexuality & Culture*, 17(4), 686-704. doi:10.1007/s12119-012-9163-0.

Botega, N.J., Bio, M.C., Zomignani, M.A., Garcia Júnior, C., & Pereira W.A.B. (1995). Mood disorders among medical in-patients: a validation study of the hospital anxiety and depression scale (HAD). *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 355-363. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>.

Buchacz, K., Rangel, M., Blacher, R., & Brooks, J.T. (2009). Changes in the clinical epidemiology of HIV infection in the United States: Implications for the clinician. *Current Infectious Disease Reports*, 11(1), 75-83. doi:10.1007/s11908-009-0011-9.

Center for Disease Control and Prevention [CDC]. (2008). Revised Surveillance Case Definitions for HIV Infection Among Adults, Adolescents and Children Aged <18 Months and for HIV Infection and AIDS Among Children Aged 18 Months to <13 Years – United States, 2008. Retrieved from http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm?s_cid=rr5710a1_e.

Centers for Disease Control and Prevention [CDC]. (2014). HIV Surveillance Report, 2014; vol. 26. Retrieved from <http://www.cdc.gov/hiv/pdf/library/reports/surveillance/cdc-hiv-surveillance-report-us.pdf>.

Chu, C., Umanski, G., Blank, A., Meissner, P., Grossberg, R., & Selwyn, P. A. (2011). Comorbidity-Related Treatment Outcomes among HIV-Infected Adults in the Bronx,

NY. *Journal of Urban Health : Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 88(3), 507–516. doi: 10.1007/s11524-010-9540-7.

Cochran, S.D., Ackerman, D., Mays, V.M., & Ross, M.W. (2004). Prevalence of non-medical drug use and dependence among homosexually active men and women in the US population. *Addiction*, 99(8), 989–998. doi:10.1111/j.1360-0443.2004.00759.x.

Cohn, S.E., Jiang, H., Mccutchan, J.A., Koletar, S.L., Murphy, R.L., Robertson, K.R., ... Willians, P.L. (2011). Association of ongoing drug and alcohol use with non-adherence to antiretroviral therapy and higher risk of AIDS and death: results from ACTG 362. *AIDS Care*, 23(6), 775–785. doi:10.1080/09540121.2010.525617.

Cornaggia, C.M., Beghi, M., Mezzanzanica, M., Ronzoni, G., Vittadini, G., & Maffenini, W. (2016). Psychotropic Drug Consumption and Employment Status in Time of Economic Crisis (2007-2011). *Psychiatric Quarterly*, Jul 6. [Epub ahead of print]. doi: 10.1007/s11126-016-9448-9.

Cruz, V. D., Oliveira, M. M., Pinho, L. B., Coimbra, V.C. C., Kantorski, L. P., & Oliveira, J. F. (2014). Sociodemographic conditions and patterns of crack use among women. *Text & Context -Nursing*, 23(4), 1068-1076.

<https://dx.doi.org/10.1590/0104-07072014000580013>

DeLorenze, G.N., Weisner, C., Tsai, A-L., Satre, D.D., & Quesenberry, C.P., Jr. (2011). Excess Mortality Among HIV-Infected Patients Diagnosed With Substance Use Dependence or Abuse Receiving Care in a Fully Integrated Medical Care Program. *Alcoholism: Clinical and Experimental Research*, 35(2), 203–210. doi:10.1111/j.1530-0277.2010.01335.x.

DeSouza, E., Baldwin, J. R., & Rosa, F. H. (2000). A construção social dos papéis sexuais femininos. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 13(3), 485-496. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-79722000000300016>.

Department of Health and Human Services [HHS]. (2012). Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV-1- infected adults and adolescents. Retrieved from <http://aidsinfo.nih.gov/guidelines/html/1/adult-and-adolescent-arv-guidelines/2/introduction>.

Duailibi, L. B., Ribeiro, M., & Laranjeira, R. (2008). Profile of cocaine and crack users in Brazil. *Cadernos de Saúde Pública*, 24(4), 545-557. <https://dx.doi.org/10.1590/S0102-311X2008001600007>.

Duarte, M.T.C., Parada, C.M.G.L., & Souza, L.R. (2014). Vulnerability of women living with HIV/aids. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 22(1), 68-75. doi: 10.1590/0104-1169.2837.2377.

Eaton, N.R., Keyes, K.M., Krueger, R.F., Balsis, S., Skodol, A.E., Markon, K.E.,... Hasin, D.S.. (2012). An Invariant Dimensional Liability Model of Gender Differences in Mental Disorder Prevalence: Evidence from a National Sample. *Journal of Abnormal Psychology*, 121(1), 282–288. doi:10.1037/a0024780.

Feyissa, G.T., Abebe, L., Girma, E. & Woldie, M. (2012). Stigma and discrimination against people living with HIV by healthcare providers, Southwest Ethiopia. *BMC Public Health*, 12(1), 522. doi:10.1186/1471-2458-12-522.

Gaspar, J., Reis, R.K., Pereira, F.M.V., Neves, L.A.S., Castrighini, C.C., & Gir, E. (2011). Quality of life in women with HIV/AIDS in a municipality in the state of São Paulo. *Revista da Escola de Enfermagem da USP*, 45(1), 230-236. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0080-62342011000100032>.

Goulet J.L., Fultz, S.L., Rimland, D., Butt, A., Gibert, C., Rodriguez-Barradas, M.,... Justice, A.C. (2007). Do Patterns of Comorbidity Vary by HIV Status, Age, and HIV Severity? *Clinical Infectious Diseases*, 45(12), 1593–1601. doi:10.1086/523577.

Green, K. E., & Feinstein, B.A. (2012). Substance Use in Lesbian, Gay, and Bisexual Populations: An Update on Empirical Research and Implications for Treatment. *Psychology of Addictive Behaviors*, 26(2), 265–278. doi:10.1037/a0025424.

Greenfield, S.F., Manwani, S.G., & Nargiso, J.E. (2003). Epidemiology of substance use disorders in women. *Obstetrics and gynecology clinics of North America*, 30(3), 413-446.

Grinsztejn, B., Luz, P. M., Pacheco, A. G., Santos, D. V. G., Velasque, L., Moreira, R. I., ... Veloso, V. G. (2013). Changing Mortality Profile among HIV-Infected Patients in Rio de Janeiro, Brazil: Shifting from AIDS to Non-AIDS Related Conditions in the HAART Era. *PLoS ONE*, 8(4), e59768. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0059768>.

Grov, C., Golub, S.A., Parsons, J.T., Brennan, M., & Karpiak, S.E. (2010). Loneliness and HIV-related stigma explain depression among older HIV-positive adults. *AIDS Care*, 22(5), 630-639. doi: <http://doi.org/10.1080/09540120903280901>.

Henkel, D. (2011). Unemployment and substance use: a review of the literature (1990- 2010). *Current Drug Abuse Reviews*, 4(1), 4-27. doi: [10.2174/1874473711104010004](http://doi.org/10.2174/1874473711104010004).

Henrique, I.F.S., de Micheli, D., Lacerda, R.B., Lacerda, L.A., & Formigoni, M.L.O.S. (2004). Validation of the Brazilian version of Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50(2), 199-206. doi: <http://dx.doi.org/10.1590/S0104-42302004000200039>.

Joint United Nations Program on HIV/AIDS [UNAIDS]. 2013. Global Report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. Retrieved from http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_Global_Report_2013_en_1.pdf.

Klinkenberg, W. D., Sacks, S., & Hiv/aids Treatment Adherence, Health Outcomes and Cost Study Group. (2004). Mental disorders and drug abuse in persons living with HIV/AIDS. *AIDS Care*, 16(1), 22-42. doi: 10.1080/09540120412331315303.

Korthuis, P. T., Josephs, J. S., Fleishman, J. A., Hellinger, J., Himelhoch, S., Chander, G., ... for the HIV Research Network. (2008). Substance abuse treatment in human immunodeficiency virus: The role of patient-provider discussions. *Journal of Substance Abuse Treatment*, 35(3), 294-303. <http://doi.org/10.1016/j.jsat.2007.11.005>.

Krueger, R.F., Hicks, B.M., Patrick, C.J., Carlson, S.R., Iacono, W.G., & McGue, M. (2002). Etiologic connections among substance dependence, antisocial behavior, and personality:

modeling the externalizing spectrum. *Journal of Abnormal Psychology*, 111(3), 411-424. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0021-843X.111.3.411>.

Lenke, K., & Piehl, M. (2009). Women Who have Sex with Women in the Global HIV Pandemic. *Development*, 52(1), 91–94. doi:10.1057/dev.2008.77.

Levi-Minzi, M. A., & Surratt, H. L. (2014). HIV Stigma Among Substance Abusing People Living with HIV/AIDS: Implications for HIV Treatment. *AIDS Patient Care and STDs*, 28(8), 442–451. doi: 10.1089/apc.2014.0076.

Liu, Z., Lian, Z., & Zhao, C. (2006). Drug use and HIV/AIDS in China. *Drug And Alcohol Review*, 25(2), 173-175.

Logie, C.H., James, L., Tharao, W., & Loutfy, M.R. (2011). HIV, Gender, Race, Sexual Orientation, and Sex Work: A Qualitative Study of Intersectional Stigma Experienced by HIV-Positive Women in Ontario, Canada. *PLoS Medicine*, 8(11), e1001124. doi: 10.1371/journal.pmed.1001124.

Lopes, M., Olfson, M., Rabkin, J., Hasin, D. S., Alegría, A. A., Lin, K.-H., ... Blanco, C. (2012). Gender, HIV status, and psychiatric disorders: Results from the national epidemiologic study on alcohol and related conditions. *The Journal of Clinical Psychiatry*, 73(3), doi: 10.4088/JCP.10m06304.

Matebeni, Z., Reddy, V., Sandfort, T., & Southey-Swartz, I. (2013). “I thought we are safe”: Southern African lesbians' experiences of living with HIV. *Journal Culture, Health & Sexuality*, 15(1), 34-47. <http://dx.doi.org/10.1080/13691058.2013.764016>.

McGowan, C. C., Weinstein, D. D., Samenow, C. P., Stinnette, S. E., Barkanic, G., Rebeiro, P. F., ... Hulgán, T. (2011). Drug Use and Receipt of Highly Active Antiretroviral Therapy among HIV-Infected Persons in Two U.S. Clinic Cohorts. *PLoS ONE*, 6(4), e18462. <http://doi.org/10.1371/journal.pone.0018462>.

Medina-Mora, M.E. (2005). Prevention of substance abuse: a brief overview. *World Psychiatry*, 4(1), 25–30.

Merikangas, K.R., & McClair, V.L. (2012). Epidemiology of Substance Use Disorders. *Human Genetics*, 131(6), 779–789. doi:10.1007/s00439-012-1168-0.

Ministério da Saúde do Brasil. (2004). Critérios de definição de casos de AIDS em adultos e crianças. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e AIDS. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/criterios_aids_2004.pdf.

Ministério da Saúde do Brasil. (2010). Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa de DST e AIDS. http://www.aids.gov.br/sites/default/files/publicacao/2007/suplemento_consenso_adulto_01_24_01_2011_web_pdf_13627.pdf.

Moore, T.H.M., Zammit, S., Lingford-Hughes, A., Barnes, T.R.E., Jones, P.B. Burke, M., & Lewis, G. (2007). Cannabis use and risk of psychotic or affective mental health outcomes: a systematic review. *The Lancet*, 370(9584), 319-328. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736\(07\)61162-3](http://dx.doi.org/10.1016/S0140-6736(07)61162-3).

Niaura, R., & Abrams, D.B. (2002). Smoking cessation: Progress, priorities, and prospectus. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70(3), 494-509. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0022-006X.70.3.494>.

Nurutdinova, D., Chrusciel, T., Zeringue, A., Scherrer, J.F., Al-Aly, Z., McDonald, J.R., & Overton, ET. (2012). Mental health disorders and the risk of AIDS-defining illness and death in HIV-infected veterans. *AIDS*, 26(2), 229-34. doi: 10.1097/QAD.0b013e32834e1404.

Pechansky, F., Woody, G., Inciardi, J., Surratt, H., Kessler, F., Von Diemen, L., & Bumaguin, D.B. (2006). HIV seroprevalence among drug users: an analysis of selected variables based on 10 years of data collection in Porto Alegre, Brazil. *Drug and Alcohol Dependence*, 82(1), 109-113. doi: [http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716\(06\)80017-7](http://dx.doi.org/10.1016/S0376-8716(06)80017-7).

Pence, B.W., Miller, W.C., Whetten, K., Eron, J.J., & Gaynes, B.N. (2006). Prevalence of DSM-IV - defined mood, anxiety, and substance use disorders in an HIV clinic in the

Southeastern United States. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 42(3), 298-306. doi: [10.1097/01.qai.0000219773.82055.aa](https://doi.org/10.1097/01.qai.0000219773.82055.aa).

Pereira, M., & Canavarro, M.C. (2011). Gender and age differences in quality of life and the impact of psychopathological symptoms among HIV-infected patients. *AIDS and Behavior*, 15(8), 1857-1869. doi: 10.1007/s10461-011-9928-8.

Ramos, V., Carvalho, C.C., & Leal, I.P. (2005). Atitudes e comportamentos sexuais de mulheres universitárias: A hipótese do duplo padrão sexual. *Análise Psicológica*, 23(2), 173-185. doi: [10.14417/ap.80](https://doi.org/10.14417/ap.80).

Rehm, J., Mathers, C., Popova, S., Thavorncharoensap, M., Teerwattanasorn, Y., & Petra, J. (2009). Global burden of disease and injury and economic cost attributable to alcohol use and alcohol use disorders. *The Lancet*, 373(9682), 2223-2233.

Rezaei, S., Taramian, S., & Kafie, S.M. (2013). Psychopathological dimensions in substance abusers with and without HIV/AIDS and Healthy Matched Group. *Addiction & health*, 5(3-4), 115-125. doi: 10.1016/S0140-6736(09)60746-7.

Rüütel, K., Pisarev, H., Loit, H.M., & Uusküla, A. (2009). Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 13.

Shuter, J., Bernstein, S.L., & Moadel, A.B. (2012). Cigarette smoking behaviors and beliefs in persons living with HIV/AIDS. *American journal of health behavior*, 36(1), 75–85.

Silveira, M.F., Santos, I.S., & Victora, C.G. (2008). Poverty, skin colour and HIV infection: a case-control study from southern Brazil. *AIDS Care*, 20(3), 267-272. doi: 10.1080/09540120701593471.

Skeer, M. R., Mimiaga, M. J., Mayer, K. H., O’Cleirigh, C., Covahey, C., & Safren, S. A. (2012). Patterns of Substance Use Among a Large Urban Cohort of HIV-Infected Men Who Have Sex With Men in Primary Care. *AIDS and Behavior*, 16(3), 676–689. <http://doi.org/10.1007/s10461-011-9880-7>.

Taylor, S.E. & Stanton, A.L. (2007). Coping resources, coping processes, and mental health. *Annual Review of Clinical Psychology*, 3, 377-401.

doi: 10.1146/annurev.clinpsy.3.022806.091520.

Togari, T., Inoue, Y., Takaku, Y., Abe, S., Hosokawa, R., Itagaki, T., ... Yajima, T. (2016). Recreational drug use and related social factors among HIV-positive men in Japan. *AIDS Care*, 28(7), 932-940. doi: 10.1080/09540121.2016.1140888.

Ulett, K. B., Willig, J. H., Lin, H.-Y., Routman, J. S., Abroms, S., Allison, J., ... Mugavero, M. J. (2009). The Therapeutic Implications of Timely Linkage and Early Retention in HIV Care. *AIDS Patient Care and STDs*, 23(1), 41–49. <http://doi.org/10.1089/apc.2008.0132>.

WHO ASSIST Working Group (2002). The Alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST): development, reliability and feasibility. *Addiction*, 97(9), 1183–1194. doi: 10.1046/j.1360-0443.2002.00185.x.

World Health Organization [WHO]. (2010). World No Tobacco Day 2010 - Theme: Gender and tobacco with an emphasis on marketing to women. Retrieved from <http://www.who.int/tobacco/wntd/2010/announcement/en/index.html>.

Zyambo, C. M., Willig, J. H., Cropsey, K. L., Carson, A. P., Wilson, C., Tamhane, A. R., ... Burkholder, G. A. (2015). Factors Associated With Smoking Status Among HIV-Positive Patients in Routine Clinical Care. *Journal of AIDS & Clinical Research*, 6(7), 480. <http://doi.org/10.4172/2155-6113.1000480>.

Figure 1. Hierarchical models for men and women samples for prevalence of psychoactive substances abuse/dependence in people living with HIV/AIDS (PLWHAs) attending at the Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) – Pelotas from December 2011 to June 2012 (n=625)

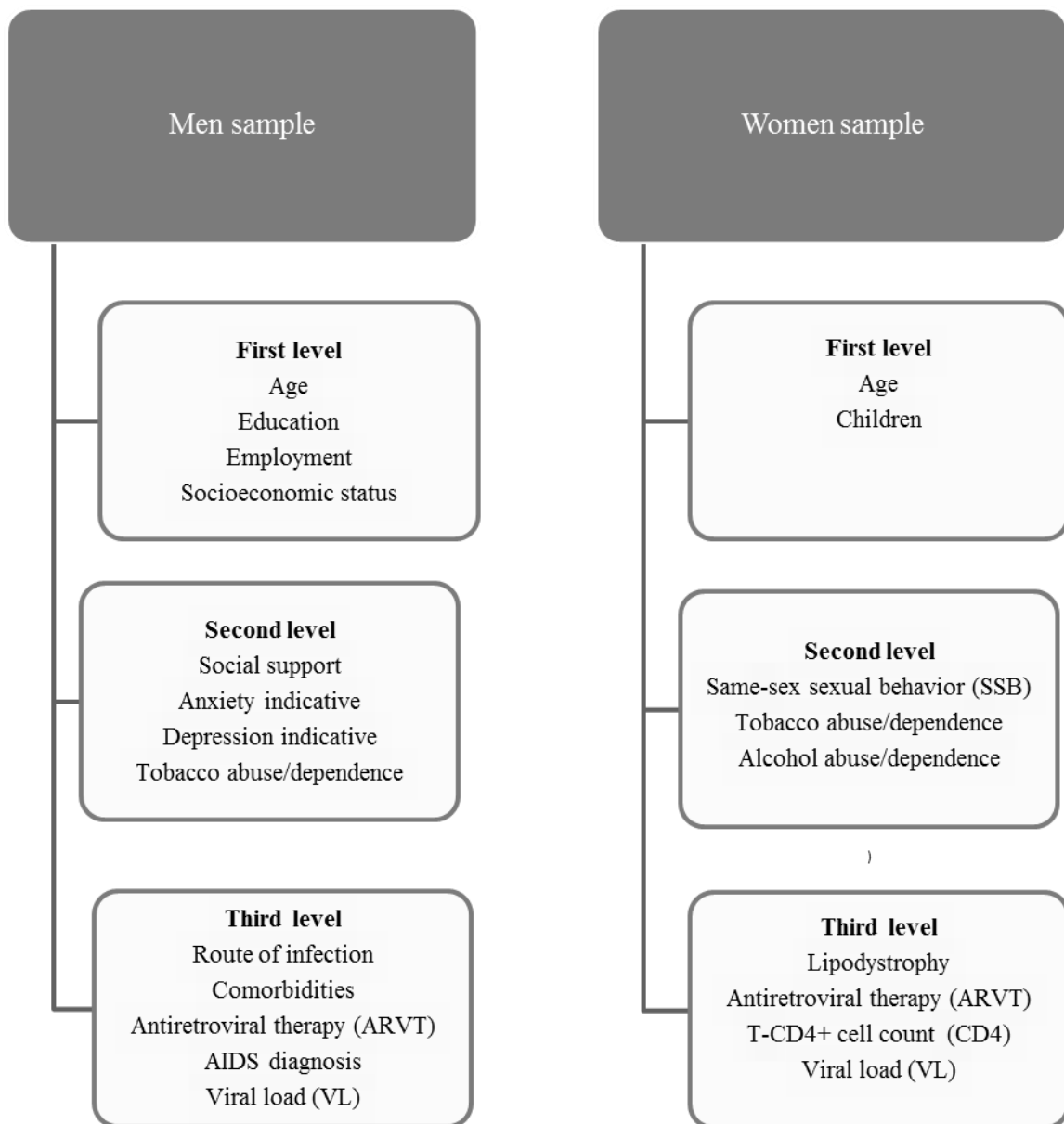


Table 1 - Prevalence of psychoactive substances abuse/dependence in people living with HIV/AIDS (PLWHAs) attending at the Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) - Pelotas from December 2011 to June 2012

	Men n (%)	Women n (%)	<i>p</i>
Marijuana			
Never/occasional use	263 (89.8%)*	310 (97.5%)*	<0.001
Abuse/dependence	30 (10.2%)	8 (2.5%)	
Cocaine			
Never/occasional use	259 (87.2%)*	313 (97.5%)*	<0.001
Abuse/dependence	38 (12.8%)	8 (2.5%)	
Crack			
Never/occasional use	272 (92.2%)*	315 (97.5%)*	0.004
Abuse/dependence	23 (7.8%)	8 (2.5%)	
Stimulants			
Never/occasional use	294 (98.7%)*	323 (100%)*	0.113
Abuse/dependence	4 (1.3%)	0	
Inhalants			
Never/occasional use	290 (98.0%)*	322 (99.7%)*	0.101
Abuse/dependence	6 (2.0%)	1 (0.3%)	
Hypnotics/sedatives			
Never/occasional use	272 (93.5%)*	303 (95.6%)*	0.332
Abuse/dependence	19 (6.5%)	14 (4.4%)	
Hallucinogens			
Never/occasional use	289 (97.0%)*	323 (99.7%)	0.018
Abuse/dependence	9 (3.0%)	1 (0.3%)	
Opiates			
Never/occasional use	298 (99.3%)*	324 (100%)	0.445
Abuse/dependence	2 (0.7%)	0	
Other(s) substance(s)			
Never/occasional use	296 (99.3%)*	320 (99.1%)*	1.000
Abuse/dependence	2 (0.7%)	3 (0.9%)	
At least one substance			
Never/occasional use	222 (77.9%)*	281 (90.1%)*	<0.001
Abuse/dependence	63 (22.1%)	31 (9.9%)	

* Proportions according to the valid data

Table 2 – Participants sociodemographic and clinical characteristics (n=625)

	Men n (%)	Women n (%)	<i>p</i>
Age (years)			
≥ 47	112 (37.2%)	112 (34.6%)	0.626
36 - 46	95 (31.6%)	109 (33.6%)	
≤ 35	94 (31.2%)	103 (31.8%)	
Education			
≥ 13 years (college)	34 (11.3%)	27 (8.3%)	0.123
9 -12 years (secondary school)	62 (20.7%)	60 (18.5%)	
≤ 8 years (primary or basic school)	204 (68.0%)	237 (73.1%)	
Employment^w			
Yes	129 (42.9%)	105 (32.4%)	0.009
No	172 (57.1%)	219 (67.6%)	
Socioeconomic status			
Class A/B	78 (26.4%)	55 (17.1%)	0.003
Class C	171 (58.0%)	198 (61.5%)	
Class D/E	46 (15.6%)	69 (21.4%)	
Partnership[#]			
Yes	152 (50.5%)	173 (53.4%)	0.519
No	149 (49.5%)	151 (46.6%)	
Children			
Yes	188 (62.5%)	285 (88.0%)	<0.001
No	113 (37.5%)	39 (12.0%)	
Same-sex sexual behavior			
Yes	95 (31.8%)	10 (3.1%)	<0.001
No	204 (68.2%)	313 (96.9%)	
Social support^s			
Yes	251 (83.7%)	262 (80.9%)	0.418
No	49 (16.3%)	62 (19.1%)	
Anxiety indicative			
Yes	113 (37.9%)	177 (55.3%)	<0.001
No	185 (62.1%)	143 (44.7%)	
Depression indicative			
Yes	91 (30.5%)	121 (37.9%)	0.065
No	207 (69.5%)	198 (62.1%)	
Tobacco abuse/dependence			
Yes	149 (50.5%)	132 (41.1%)	0.024
No	146 (49.5%)	189 (58.9%)	
Alcohol abuse/dependence			
Yes	119 (40.8%)	79 (25.2%)	<0.001
No	173 (59.2%)	235 (74.8%)	
Psychoactive substances^{&} abuse/dependence			
Yes	63 (22.1%)	31 (9.9%)	<0.001
No	222 (77.9%)	281 (90.1%)	
Lipodystrophy^ε			
Yes	181 (60.5%)	248 (78.5%)	<0.001
No	118 (39.5%)	68 (21.5%)	
Comorbidities⁺			
Yes	171 (57.6%)	176 (54.8%)	0.544
No	126 (42.4%)	145 (45.2%)	
Infection route			
Sexual intercourse	212 (70.4%)	266 (82.1%)	0.001
Others ^Ω	89 (29.6%)	58 (17.9%)	
Antiretroviral therapy			
Currently yes	239 (79.4%)	231 (71.5%)	0.029
Never/currently no	62 (20.6%)	92 (28.5%)	
AIDS diagnosis			
Yes	259 (86.0%)	252 (78.0%)	0.012

No	42 (14.0%)	71 (22.0%)	
T-CD4+ cell count			
≤199	32 (15.5%)	20 (8.6%)	0.037
≥ 200	174 (84.5%)	212 (91.4%)	
Viral Load			
Detectable (≥ 50 copies/ml)	72 (35.6%)	87 (38.2%)	0.661
Undetectable (< 50 copies/ml)	130 (64.4%)	141 (61.8%)	
Total	301 (48.2%)	324 (51.8%)	

ψ Has a current paid job.

For at least a year.

§ Perceived social support related to the HIV infection (family, friends, health care providers or other).

& Psychoactive substances: marijuana, cocaine/crack, stimulants, inhalants, hypnotic/sedatives, hallucinogens, opiates, and others.

€ Perception of changes in: face, nape of the neck, arms, chest/breasts, abdomen, buttocks and/or legs after the beginning of antiretroviral therapy.

+ Comorbidities: self-reported diagnosis of hypertension, diabetes, cardiopathy, dyslipidemia, tuberculosis, hepatitis, chronic kidney disease, chronic lung disease, cancer.

Ω Others infection routes: drug use, blood transfusion, exposure to blood or other biological material, vertical transmission.

Table 3 - Analysis of sociodemographic factors and clinical characteristics associated at psychoactive substances^f abuse/dependence in people living with HIV/AIDS (PLWHAs) attending at the Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) - Pelotas from December 2011 to June 2012 (n=625)

	Men				Women			
	Prevalence of psychoactive substances abuse/dependence n (%)	p	Adjusted RR (95% IC)	p	Prevalence of psychoactive substances abuse/dependence n (%)	p	Adjusted RR (95% IC)	p
Age (years)								
≥ 47	106 (11.3%)		1		109 (3.7%)		1	
36 - 46	90 (24.4%)	<0.001	2.33 (1.25 - 4.32)	0.008	103 (4.9%)	<0.001	1.32 (0.36 – 4.80)	0.671
≤ 35	89 (32.6%)		2.99 (1.65 - 5.44)	<0.001	100 (22.0%)		6.00 (2.14 – 16.82)	<0.001
Education								
≥ 13 years (college)	33 (6.1%)		1		26 (3.8%)			
9-12 years (secondary school)	59 (18.6%)	0.009	2.55 (0.59 – 10.99)	0.210	57 (15.8%)	0.959		
≤ 8 years (primary or basic school)	192 (26.0%)		2.88 (0.71 – 11.70)	0.139	229 (9.2%)			
Employment*								
Yes	122 (14.8%)		1		103 (7.8%)			
No	163 (27.6%)	0.015	1.81 (1.10 – 2.97)	0.021	209 (11.0%)	0.485		
Socioeconomic status								
Class A/B	77 (15.6%)		1		53 (13.2%)			
Class C	159 (20.8%)	0.005	1.21 (0.67 – 2.18)	0.530	191 (8.4%)	0.696		
Class D/E	43 (39.5%)		2.12 (1.10 – 4.11)	0.025	66 (10.6%)			
Partnership[#]								
Yes	144 (18.8%)				167 (10.2%)			
No	141 (25.5%)	0.216			145 (9.7%)	1.000		
Children								
Yes	179 (21.8%)				275 (8.0%)		1	
No	106 (22.6%)	0.984			37 (24.3%)	0.005	1.81 (0.87 – 3.76)	0.111
Same-sex sexual behavior								
Yes	85 (24.7%)				10 (80.0%)		4.93 (2.85 – 8.55)	
No	198 (21.2%)	0.623			301 (7.6%)	<0.001	1	<0.001
Social support[§]								
Yes	239 (19.2%)		1		254 (09.4%)			
No	46 (37.0%)	0.014	1.40 (0.85 – 2.30)	0.184	058 (12.1%)	0.720		
Anxiety indicative								
Yes	105 (37.1%)		1.78 (1.16 – 2.74)		167 (12.0%)			
No	177 (13.6%)	<0.001	1	0.009	141 (6.4%)	0.139		
Depression indicative								

Yes	88 (38.6%)		1.26 (0.78 – 2.05)		114 (10.5%)			
No	194 (14.9%)	<0.001	1	0.344	193 (8.3%)	0.651		
Tobacco abuse/dependence								
Yes	139 (36.7%)		3.24 (1.84 – 5.73)		127 (18.9%)		3.51 (1.48 – 8.34)	
No	145 (8.3%)	<0.001	1	<0.001	184 (3.8%)	<0.001	1	0.004
Alcohol abuse/dependence								
Yes	114 (25.4%)				75 (16.0%)		1.04 (0.59 – 1.83)	
No	168 (20.2%)	0.304			231 (8.2%)	0.053	1	0.897
Lipodystrophy[€]								
Yes	172 (25.6%)				238 (12.2%)		5.62 (0.81 – 39.15)	
No	111 (17.1%)	0.127			66 (1.5%)	0.019	1	0.081
Comorbidities⁺								
Yes	164 (26.2%)		1.60 (1.04 – 2.45)		167 (9.0%)			
No	119 (16.0%)	0.056	1	0.033	142 (11.3%)	0.634		
Infection route								
Sexual intercourse	202 (16.3%)		1		254 (8.7%)			
Others ^Ω	83 (36.1%)	<0.001	2.24 (1.52 – 3.30)	<0.001	58 (15.5%)	0.115		
Antiretroviral therapy								
Currently yes	230 (19.6%)		1		222 (6.8%)		1	
Never/currently no	55 (32.7%)	0.035	1.03 (0.62 – 1.72)	0.906	89 (18.0%)	0.003	0.76 (0.34 – 1.74)	0.520
AIDS diagnosis								
Yes	245 (20.0%)		1		243 (9.5%)			
No	040 (35.0%)	0.056	0.84 (0.53 – 1.32)	0.449	69 (11.6%)	0.769		
T-CD4+ cell count								
≤199	30 (20.0%)				19 (21.1%)		1.24 (0.56 – 2.77)	
≥ 200	167 (22.8%)	0.739			203 (8.4%)	0.072	1	0.600
Viral Load								
Detectable (≥ 50 copies/ml)	67 (31.3%)		0.78 (0.44 – 1.39)		82 (13.4%)		1.43 (0.61 - 3.32)	
Undetectable (< 50 copies/ml)	127 (16.5%)	0.017	1	0.408	135 (5.9%)	0.058	1	0.411
Total	63 (22.1%)				31 (9.9%)			

[£] Marijuana, cocaine/crack, stimulants, inhalants, hypnotics/sedatives, hallucinogens, opiates, and others.

* Has a current paid job.

For at least a year.

[§] Perceived social support related to the HIV infection (family, friends, health care providers or other).

[€] Perception of changes in: face, nape of the neck, arms, chest/breasts, abdomen, buttocks and/or legs after the beginning of antiretroviral therapy.

+ Comorbidities: self-reported diagnosis of hypertension, diabetes, cardiopathy, dyslipidemia, tuberculosis, hepatitis, chronic kidney disease, chronic lung disease, cancer.

^Ω Others infection routes: drug use, blood transfusion, exposure to blood or other biological material, vertical transmission.

10. ARTIGO 2

Título: High prevalence of suicide risk in people living with HIV: who is at higher risk?

Autores: Susane Müller Klug Passos, Luciano Dias de Mattos Souza, Bárbara Coiro Spessato

Artigo publicado em *Journal AIDS Care*

Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV

Volume 26, 2014 - Issue 11 Pages 1379-1382

Received 01 Dec 2013, Accepted 04 Apr 2014, Published online: 06 May 2014

<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2014.913767>.

Abstract

A cross-sectional study was developed to evaluate suicide risk and associated factors in HIV/AIDS patients at a regional reference center for the treatment of HIV/AIDS in southern Brazil. We assessed 211 patients in regard to suicide risk, clinical and sociodemographic characteristics, drug use, depression, and anxiety. Suicide risk was assessed with Mini International Neuropsychiatric Interview, Module C. Multivariate analysis was performed using Poisson regression. Of the total sample, 34.1% were at risk of suicide. In the multivariate analysis, the following variables were independently associated with suicide risk: female gender; age up to 47 years; unemployment; indicative of anxiety; indicative of depression; and abuse or addiction on psychoactive substances. Suicide risk is high in this population. Psychosocial factors should be included in the physical and clinical evaluation, given their strong association with suicide risk.

Keywords: suicide; risk; HIV; AIDS; epidemiology

Introduction

Currently, HIV infection is considered a chronic condition with increased gains in life expectancy but still highly stigmatized (Schadé, van Grootheest, & Smit, 2013). Consequently, patients experience stressful and traumatic events for longer (Quintana-Ortiz, Gomez, Báez Feliciano, & Hunter-Mellado, 2008) period. Studies point to a higher prevalence of suicide risk among patients with HIV compared to patients with other chronic diseases and to the population in general (Robertson, Parsons, Horst, & Hall, 2006).

Risk factors underlying suicide behavior are multidimensional (Carrico et al., 2007), and several have been associated with HIV such as mental disorders (Schadé et al., 2013) and psychoactive drugs use (Carrico et al., 2007). Identifying the factors related to suicide behavior in HIV patients is important due to its implications for prevention (Carrico et al., 2007).

Research investigating suicide in HIV population uses numerous standardized methodology and terminologies (Bertolote et al., 2005); we will focus on suicide risk. The objectives of this study were to establish the prevalence of suicide risk and evaluate the risk factors in the population assisted in the Specialized Assistance Service (SAS) for HIV/AIDS in Pelotas, Brazil.

Methods

This cross-sectional study included a convenience sample of 262 HIV patients. All participants were over 18 years of age and attended the health service from March to June 2012. There were 37 refusals to participate; nine participants were excluded from the data due to medical or cognitive conditions that affected comprehension or due to patient's inability to remain unaccompanied to respond. Five participants did not conclude the interview and were not included in the analysis. Therefore, 211 patients completed the questionnaire administered by trained interviewers, composing the study sample.

For the sample size of 211, we found a confidence level of 95% and a statistical power of 78% or over considering the differences in proportions of suicide risk for the following variables: gender, employment, socioeconomic status, indicative of anxiety, indicative of depression, abuse or addiction of psychoactive substance, and perceived social support. This study presents statistical power below 78% for the association of suicide risk with age, education, time since diagnosis, antiretroviral medication (period on medication and current use), viral load (VL), CD4+ T-lymphocyte (CD4) count, and clinical stage.

The research project was approved by the Ethics and Research Committee of the Catholic University of Pelotas. All patients read and signed an informed consent.

Instruments

Initially, researchers collected data on gender, age, education, employment, and socioeconomic status (Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa [ABEP], 2011). The clinical interview assessed time since diagnosis, period on and current use of antiretroviral medication, and perceived social support related to HIV infection.

Data on clinical stage, CD4, and VL were collected from medical records, considering the latest results within the past six months. In regard to clinical stage, patients were categorized as asymptomatic, symptomatic, and AIDS (Center for Disease Control and Prevention [CDC], 2008). The cut-off points of the national guidelines for HIV/AIDS in effect at the time of interviews for CD4 and VL were adopted (Ministério da Saúde do Brasil, 2008).

Information on substance use was obtained through the Brazilian version of Alcohol Smoking and Substance Involvement Screening Test (ASSIST 2.0; Henrique, de Micheli, Lacerda, Lacerda, & Formigoni, 2004). To assess anxiety and depression, we used the Brazilian version of Hospital Anxiety and Depression Scale (HAD; Botega, Bio, Zomignani, Garcia Júnior, & Pereira, 1995).

Suicide risk was assessed by the Module C of the instrument Mini International Neuropsychiatric Interview 5.0 (MINI). This is a structured diagnostic interview with fast application and adequate psychometric characteristics (Amorim, 2000). Module C consists of five questions about the last 30 days and a question about attempted suicide throughout life. The outcome of this study consists of a dichotomous variable: risk of suicide, yes or no.

Statistical analysis

Double data entry was performed with Epi-Info 6.04 to ensure data accuracy. For the statistical analysis, we used SPSS 13.0 and STATA. Initially, we obtained the frequencies of the independent variables characterizing the sample. To assess the differences in prevalence of suicide risk in relation to the independent variables, we used the chi-square test. Multivariate analysis was performed using Poisson regression. The hierarchical model was comprised with the variables that showed statistically significant differences ($p < 0.05$) or showed a trend for a significant difference ($0.05 < p < 0.200$) in regard to the outcome.

Results

The first column of Table 1 shows the characteristics of the sample. Of the total sample, 34.1% were at risk of suicide and 23.2% (49 patients) reported attempting suicide at least once (Table 1).

The following characteristics were significantly associated with suicide risk ($p < 0.05$): female gender, age up to 47 years, lower schooling, unemployment, socioeconomic status (Classes D and E), indicative of anxiety or depression, abuse or addiction of psychoactive substances, and absence of perceived support in relation to HIV status. Not been using antiretroviral medication, as well as being on medication for less than 12 months, showed a trend toward an association with the primary outcome ($p = 0.109$ and $p = 0.086$, respectively; Table 1).

In a multivariate analysis, female gender, age up to 47 years, unemployment, indicative of anxiety, indicative of depression, abuse, or addiction on psychoactive substances remained independently associated with suicide risk. Seropositive women had 70% higher risk of having the outcome than men. Patients aged 36–46 years had 100% greater risk (relative risk [RR] 2.00, $p = 0.007$), and those with less than 35 years had 87% higher risk compared with patients over 47 years of age. Unemployment was also associated with higher suicide risk: these patients had 62% higher risk than those who had paid employment ($p = 0.031$). Suicide risk was high among patients indicative of depression (RR 1.57, $p = 0.030$) and even higher for those indicative of anxiety (RR 2.43, $p = 0.001$). We also found the risk of suicide over twice as high among patients with abuse or addiction on psychoactive substances (RR 2.6, $p < 0.001$; Table 1).

Discussion

The prevalence of suicide risk was higher among women as previously shown by the literature (Kinyanda, Hoskins, Nakku, Nawaz, & Patel, 2012). Some research shows that more women attempt suicide while more men commit suicide (Schlebusch & Govender, 2012). However, the comparison of data between countries becomes difficult due to cultural differences in gender role, adding to the already large variability in data interpretations and terminology use (Bertolote et al., 2005). Women with HIV in our country are more often exposed to social vulnerability, which has been associated with higher suicidality (Kinyanda et al., 2012).

Similar to Sherr et al. (2008), we found a higher prevalence of suicide risk among unemployed people. Employment helps to promote social inclusion, which is an important

protective factor for suicidal behavior (Kinyanda et al., 2012). In addition to providing financial income, employment represents a source of structure and social support, creating a feeling of purpose to the patient that relieves stress related to infection and favors social relationships.

In regard to age, younger patients less than 47 years had a higher prevalence of the outcome. Some common stressors in young HIV patients are family relationship problems, multiple sex partners, drug use, low income, and less access to health assistance (Schlebusch & Govender, 2012). Those stressors can be underlying factors to suicidal behavior.

Higher prevalence of suicide risk was also associated with the abuse or addiction to psychoactive drugs, indicative of depression and anxiety. These can be considered strong aggravating factors for suicidal behavior (Quintana-Ortiz et al., 2008). Although it has been reported that the association with drug abuse can flag an underlying mental illness (Lawrence et al., 2010), our results indicate an independent association. In regard to depression and HIV, a relationship has been established: individuals with depression tend to adopt riskier sexual behaviors for contracting HIV; also the infection increases the risk of depressive symptoms (Schadé et al., 2013). HIV patients still suffer from stigma, discrimination, and social isolation, often resulting in feelings such as shame, guilt, and anger (Schadé et al., 2013) which may lead to depression. Additionally, anxiety symptoms may be directly responsible for suicidal behavior (Quintana-Ortiz et al., 2008). Our results are consistent with the models that suggest psychological and social stressors act on the patient's underlying conditions and contribute to increasing the risk of suicide (Kinyanda et al., 2012). Therefore, HIV infection not only has an important role in this respect but also has the presence of risk factors that are common in this population, such as psychiatric comorbidities and psychoactive substances involvement.

Conclusions

Suicide risk is high in this population. Considering the associated factors, efforts have to be made in order to plan and implement preventive measures. Special attention has to be placed in sociodemographic factors such as gender (females), age (less than 47 years of age), and unemployment, in regard to promoting social inclusion. Furthermore, we suggest that the routine evaluation of HIV patients should include the investigation and effective management of psychoactive drugs involvement and presence of psychiatric disorder due to its high correlation with suicide risk.

References

Amorim P.(2000). Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais [Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validation of a short structured diagnostic psychiatric interview]. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 22(3), 106-15. <http://dx.doi.org/10.1590/S1516-44462000000300003>.

Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa (ABEP). (2011). Critério de Classificação Econômica Brasil [Brazilian socioeconomical status criteria]. Retrieved from August 12, 2012. <http://www.abep.org/novo/FileGenerate.ashx?id>

Bertolote, J. M., Fleischmann, A., De Leo, D., Bolhari, J., Botega, N., De Silva, D., ... Wasserman, D. (2005). Suicide attempts, plans, and ideation in culturally diverse sites: The WHO SUPRE-MISS community survey. *Psychological Medicine*, 35, 1457–1465. doi:10.1017/S0033291705005404.

Botega, N. J., Bio, M. C., Zomignani, M. A., Garcia Júnior, C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão [Mood disorders in nursery of clinical medicine and validation of the hospital anxiety and depression scale (HAD)]. *Revista de Saúde Pública*, 29, 355–363. <http://dx.doi.org/10.1590/S0034-89101995000500004>.

Carrico, A. W., Johnson, M. O., Morin, S. F., Remien, R. H., Charlebois, E. D., Steward, W. T., ... NIMH Healthy Living Project Team. (2007). Correlates of suicidal ideation among HIV-positive persons. *AIDS*, 21, 1199–1203. doi:10.1097/QAD.0b013e3281532c96.

Center for Disease Control and Prevention (CDC). (2008). Revised surveillance case definitions for HIV infection among adults, adolescents and children aged <18 months and for HIV infection and AIDS among children aged 18 months to <13 years United States, 2008. *MMWR* December 5, 2008/57 (rr-10), 1–8. Retrieved from August 12, 2012. http://www.cdc.gov/mmwr/preview/mmwrhtml/rr5710a1.htm?s_cid=rr5710a1_e.

Henrique, I. F. S., de Micheli, D., Lacerda, R. B., Lacerda, L.A., & Formigoni, M. L. O. S. (2004). Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool,

cigarro e outras substâncias (ASSIST) [Validation of the Brazilian version of the the alcohol, smoking and substance involvement screening test (ASSIST)]. *Revista da Associação Médica Brasileira*, 50, 199–206. <http://www.scielo.br/pdf/ramb/v50n2/20784>.

Kinyanda, E., Hoskins, S., Nakku, J., Nawaz, S., & Patel, V. (2012). The prevalence and characteristics of suicidality in HIV/AIDS as seen in an African population in Entebbe district, Uganda. *BMC Psychiatry*, 12, 63. doi:10.1186/1471-244X-12-63.

Lawrence, S. T., Willig, J. H., Crane, H. M., Ye, J., Aban, I., Lober, W., ... Schumacher, J. (2010). Routine selfadministered, touch-screen computer based suicidal ideation assessment linked to automated response team notification in an HIV primary care setting. *Clinical Infectious Disease*, 50, 1165–1173. doi:10.1086/651420.

Ministério da Saúde do Brasil. (2008). Recomendações para terapia antirretroviral em adultos infectados pelo HIV [Guidelines for anti-retroviral therapy in adults infected with HIV]. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa de DST e AIDS, 2008. Retrieved from August 12, 2012. <http://www.aids.df.gov.br/sites/400/446/00000066>.

Quintana-Ortiz, R. A., Gomez, M. A., Báez Feliciano, D. V., & Hunter-Mellado, R. F. (2008). Suicide attempts among Puerto Rican men and women with HIV/AIDS: A study of prevalence and risk factors. *Ethnicity and Disease*, 18, 219–224.

Robertson, K., Parsons, T. D., Horst, C. V. D., & Hall, C. (2006). Thoughts of death and suicidal ideation in non-psychiatric human immunodeficiency virus seropositive individuals. *Death Studies*, 30, 455–469. doi:10.1080/07481180600614435.

Schadé, A., van Grootheest, G., & Smit, J. H. (2013). HIV-infected mental health patients: Characteristics and comparison with HIV-infected patients from the general population and non-infected mental health patients. *BMC Psychiatry*, 13, 35. doi:10.1186/1471-244X-13-35.

Schlebusch, L., & Govender, R. D. (2012). Age, gender and suicidal ideation following voluntary HIV counseling and testing. *International Journal of Environmental Research and Public Health*, 9, 521–530. doi:10.3390/ijerph9020521.

Sherr, L., Lampe, F., Fisher, M., Arthur, G., Anderson, J., Zetler, S., ... Harding, R. (2008). Suicidal ideation in UK HIV clinic attenders. *AIDS*, 22, 1651–1658.

Table 1 - Multivariate analysis of sociodemographic factors and clinical characteristics associated with suicide risk among patients with HIV/AIDS, Specialized Assistance Service for HIV/AIDS (SAS) – Pelotas (n = 211).

	n (%)	Prevalence of suicide risk n (%)	p	IRR (95% IC)	p
Gender					
Male	101 (47.9%)	24 (23.8%)	0.004	1	0.010
Female	110 (52.1%)	48 (43.6%)		1.70 (1.13 a 2.52)	
Age (years)					
< 35	76 (36.0%)	30 (39.5%)	0.020	1.87 (1.13 a 3.05)	0.014
36 - 46 anos	57 (27.0%)	25 (43.9%)		2.00 (1.21 a 3.29)	0.007
> 47	78 (37.0%)	17 (21.8%)		1	
Education					
8 years or less (primary or basic school)	143 (67.8%)	55 (38.5%)	0.038	1.83 (0.78 a 4.31)	0.162
9 -12 years (secondary school)	42 (19.9%)	12 (28.6%)		1.47 (0.59 a 3.68)	0.413
13 years and over (college)	26 (12.3%)	5 (19.2%)		1	
Employment*					
No	124 (58.8%)	52 (41.9%)	0.007	1.62 (1.05 a 2.52)	0.031
Yes	87 (41.2%)	20 (23.0%)		1	
Socioeconomic status (ABEP)					
Class D and E	29 (14.0%)	17 (58.6%)		1.21 (0.64 a 2.30)	0.557

Class C	128 (61.8%)	40 (31.3%)	0.014	0.76 (0.42 a 1.38)	0.364
Class A and B	50 (24.2%)	14 (28.0%)		1	
Time since diagnosis (months)					
< 12	25 (11.9%)	10 (40.0%)	0.677		
> 13	185 (88.1%)	62 (33.5%)			
Antiretroviral therapy					
Current use					
No	20 (11.6%)	10 (50.0%)	0.109	1	0.443
Yes	153 (88.4%)	45 (29.4%)		1.19 (0.76 a 1.87)	
Period on (months)					
< 12	27 (16.1%)	13 (48.1%)	0.086	1.40 (0.92 a 2.13)	0.122
> 13	141 (83.9%)	41 (29.1%)		1	
Stage clinical of infection					
Asymptomatic	20 (13.7%)	13 (44.8%)	0.397		
Symptomatic	5 (2.4%)	2 (40.0%)			
AIDS	177 (83.9%)	57 (32.2%)			
T-CD4+ cell count					
< 499	68 (51.1%)	28 (41.2%)	0.208		
> 500	65 (48.9%)	19 (29.2%)			

Viral load					
Undetectable	74 (56.1%)	23 (31.1%)	0.297		
Detectable	58 (43.9%)	24 (41.4%)			
Indicative of Anxiety					
No	115 (54.5%)	18 (15.7%)	<0.001	1	<0.001
Yes	96 (45.5%)	54 (56.3%)		2.43 (1.46 a 4.06)	
Indicative of Depression					
No	142 (67.6%)	29 (20.4%)	<0.001	1	0.030
Yes	68 (32.4%)	42 (61.8%)		1.57 (1.04 a 2.34)	
Abuse or addiction of substances**					
No	176 (85.0%)	48 (27.3%)	<0.001	1	<0.001
Yes	31 (15.0%)	21 (67.7%)		2.06 (1.38 a 3.07)	
Social support***					
No	36 (17.1%)	24 (66.7%)	<0.001	1.28 (0.90 a 1.81)	0.174
Yes	175 (82.9%)	48 (27.4%)		1	
Total	211 (100%)	72 (34.1%)			

* Currently have a paid job.

** Marijuana, cocaine, crack, stimulants, inhalants, hypnotics / sedatives, hallucinogens, opioids and other, excluding alcohol and tobacco.

*** Have perceived some kind of social support related to their HIV status.

11. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção pelo vírus HIV está entre as condições de saúde que mais acarretam sofrimento e angústia a seus portadores. Apesar de ter hoje o status de doença crônica, continua cercada por estigma; ao saber-se portador o paciente passa a conviver intensamente com sentimentos como culpa, vergonha, isolamento social. Viver sob a pressão destes sentimentos negativos pode ser a base para comportamentos de risco.

Esta tese foi originada em um projeto de pesquisa com o objetivo de investigar a prevalência de comportamentos de risco em pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHAs) em um centro de referência na região sul do Brasil e possíveis fatores associados. Após a execução do projeto e a subsequente análise dos dados dois artigos foram produzidos. A seguir, serão colocados os resultados principais discutidos nos artigos, de acordo com as hipóteses formuladas no projeto.

O primeiro artigo avaliou abuso/dependência de substâncias psicoativas (ADSP) e fatores associados, estratificados por sexo. ADSP foi elevado em PVHAs, e a prevalência foi maior na população masculina, de acordo com a literatura e confirmando nossas hipóteses. Também encontramos maior prevalência de ADSP em pacientes mais jovens e com abuso/dependência (A/D) de tabaco, em ambas as amostras, como esperado. Status socioeconômico e indicativo de ansiedade foi relacionado com o ADSP apenas no sexo masculino, contrariando nossa expectativa inicial. Comportamento sexual teve relação com ADSP na amostra feminina - mulheres que fazem sexo com mulheres (MSM), e não foi relacionado com ADSP na amostra masculina, contrariando nossa hipótese. A literatura diverge em alguns resultados na população masculina, mas aponta para a direção de uma associação positiva entre homens que fazem sexo com homens (HSH) e ADSP, que nossos resultados não mostraram. Existem poucos estudos sobre MSM portadoras de HIV/AIDS, dificultando comparações: esta é uma parcela da população que tem sido algo negligenciada nos estudos de PVHAs e comportamentos de risco. MSM nesta amostra de PVHAs podem estar submetidas a uma situação de tripla vulnerabilidade em que ao stress de ter um comportamento sexual diverso da maioria e aos efeitos deletérios de uma infecção crônica, soma-se a situação de vulnerabilidade social enfrentada pelo sexo feminino em nosso meio. Isto poderia explicar tais resultados.

O segundo artigo avaliou a prevalência de risco de suicídio (RS) e fatores associados em PVHAs. Concluimos que RS foi elevado na população estudada, em concordância com a literatura. Corroborando nossas hipóteses, encontramos uma associação entre RS e transtornos

mentais: ansiedade, depressão e ADSP. Também encontramos associação de RS com desemprego, o que pode estar relacionado com ausência de algum tipo de apoio diferente do que foi avaliado no estudo, como ausência de inclusão social, dificultando a formação de uma rede de relacionamentos. Contrariando nossas hipóteses, RS foi mais prevalente no sexo feminino e não foi relacionado com variáveis clínicas, como estágio da infecção pelo HIV. Os critérios brasileiros para indicação de terapia antirretroviral (TARV) na época do estudo eram mais sensíveis no sentido de indicar medicação antirretroviral precocemente no curso da infecção, antecedendo o comprometimento irremediável do sistema imunológico e, consequentemente, o surgimento de sinais e sintomas clínicos. Com este cenário, temos pacientes com diagnóstico de AIDS que nunca tiveram manifestações clínicas da doença: os pacientes, em sua maioria, são classificados de acordo com critérios laboratoriais, dificultando qualquer estratificação baseada em critérios clínicos. Estas questões podem ter influenciado nos resultados. Quanto à associação com sexo, diferente da hipótese inicial, a prevalência de RS foi maior entre as mulheres. Além de os artigos utilizarem diferentes terminologias e instrumentos, diversidades culturais relacionadas ao sexo em regiões e países distintos dificultam comparações. As mulheres portadoras de HIV/AIDS, além da carga negativa própria da doença, em nosso país enfrentam situações econômicas e sociais inferiores ao sexo masculino e se encontram em estado de vulnerabilidade social, o que já foi associado a comportamentos de risco.

ADSP e RS são prevalentes nas PVHAs avaliadas neste estudo. Especial atenção deve ser dada a PVHAs mais jovens, em quem encontramos associação tanto com ADSP quanto com RS. Mulheres portadoras de HIV/AIDS devem ser avaliadas para RS (mais jovens) e ADSP (MSM). Entre os homens portadores de HIV/AIDS, fatores demográficos continuam a merecer atenção: desemprego e baixo nível socioeconômico; mas também a presença de transtornos mentais, como ansiedade, associada com ADSP e RS, fator até então mais especificamente relacionado com o sexo feminino.

A avaliação dos resultados desta tese demonstra que os profissionais de saúde que estão envolvidos nos cuidados à PVHAs devem reavaliar a conduta em relação aos fatores associados a estes comportamentos de risco. Dada à relação estatisticamente significativa e independente com RS, questionamento a respeito de suicidabilidade deve ser rotina para pacientes com histórico de ADSP. O rastreamento para ADSP deve ser contínuo uma vez que o risco diminui, mas não desaparece com a idade: é maior entre os mais jovens, mas não é nulo em idades mais avançadas. Aos pacientes do sexo masculino deve ser proporcionada avaliação de perfil psiquiátrico: o diagnóstico de transtornos psiquiátricos comuns,

relacionados com ADSP somente na amostra masculina, é negligenciado entre os homens, uma vez que estes transtornos são culturalmente associados com a população feminina. Por outro lado, o rastreamento de ADSP em mulheres deve ser reavaliado. Por ser este um padrão de comportamento mais frequentemente associado ao sexo masculino, sua avaliação pode ser negligenciada nas mulheres. ADSP foi relacionada com RS e este, por sua vez foi mais prevalente na população feminina. Em resumo, as conclusões deste estudo apontam para a necessidade de se estabelecer um novo perfil que se relacione com comportamentos de risco em PVHAs, e demonstram que estes comportamentos podem estar associados entre si.

O impacto pessoal e social destes desfechos é incalculável. Nossos resultados contribuem para estabelecer perfis relacionados a comportamentos de risco em uma população em quem a prevalência destes comportamentos é elevada, orientando aplicação de instrumentos de rastreamento e condutas preventivas.

ANEXOS

ANEXO A – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Universidade Católica de Pelotas

Programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Estamos realizando uma pesquisa sobre a qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS. Para isso é muito importante a sua participação.

Para participar da pesquisa você terá que responder a um questionário sobre alguns dados de sua vida pessoal, seu tratamento e como você está se sentindo nas últimas semanas. Além disso, a pesquisadora responsável pelo estudo Dra. Susane Müller Klug Passos, irá revisar seu prontuário médico a fim de coletar dados sobre valores de CD4, carga viral e medicamentos que tu esteja usando.

Todos estes dados serão confidenciais e somente serão utilizados, sem qualquer maneira de identificá-lo, na produção científica deste estudo. Toda equipe tem compromisso com a ética e sua identidade permanecerá em sigilo.

É importante ressaltar que esta pesquisa não apresenta dano algum à sua saúde. Através dela, poderemos conhecer melhor nossos pacientes e, deste modo, proporcionar um atendimento de melhor qualidade.

Você é livre para abandonar o trabalho a qualquer momento de seu desenvolvimento ou para se recusar a participar, sem que, por isso, venha a sofrer qualquer forma de prejuízo no serviço oferecido pelo SAE.

Em caso de dúvidas, entre em contato com a coordenadora do projeto através do telefone (53) 8115 1009.

Declaração do ciente:

Eu,.....
 declaro que, após tomar conhecimento destas informações, aceito participar da presente pesquisa. Declaro também ter recebido uma cópia deste consentimento e que uma cópia assinada por mim será mantida pela equipe da pesquisa

Declaração de responsabilidade do investigador:

Eu,.....
 declaro ter explicado sobre a natureza deste estudo, assim como me colocar à disposição dos clientes para esclarecer suas dúvidas. A ciente compreendeu a explicação, e deu seu consentimento.

ANEXO B – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2011/76

Título do projeto: *Avaliação da qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS no sul do Brasil.*

Investigador(a) principal: Susane Müller Klug Passos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa – CEP da UCPel, em reunião datada de 15 de setembro de 2011, ata n.º 07.

A avaliação foi realizada pelos membros do comitê, baseada na análise minuciosa do projeto, apresentada por um dos membros.

Outrossim, informamos que é **obrigatório** a entrega do relatório de conclusão pela coordenação do referido projeto ao Comitê de Ética – CEP/UCPel, na Secretaria da Pró-Reitoria Acadêmica da Universidade Católica de Pelotas.

Pelotas, 16 de setembro de 2011


Carlos Augusto Pinheiro
Coordenador CEP/UCPel

ANEXO C – Instrumentos

Questionário Pesquisa HIV

Nº do prontuário:

Nome do entrevistador:

Data: ____ / ____ / ____

dt ____/____/____

Questionário número (não preencher) ____

Quest ____

1. Qual é o teu sexo?

Sexo ____

(1) masculino

(2) feminino

2. Qual é a tua cor?

Cor ____

(1) branco

(2) não branco

3. Com quantos anos completos tu estás? ____ anos

Idade ____

4. Quantos anos tu estudaste (anos completos de estudo)? ____ anos

Escol ____

5. Tens algum trabalho remunerado atualmente?

Trab ____

(0) não

(1) sim

6. Qual o grau de instrução (até que série foi aprovado na escola) do chefe da tua família (quem sustenta a família)? ____ série

Gchef ____

7. Tu possuis alguns destes itens na tua casa? Quantos?

	0	1	2	3	4 ou mais	
Televisão em cores						tv _
Rádio						Radio _
Banheiro						Banh _
Automóvel						Autom _
Empregada mensalista						Empm _
Máquina de lavar						Maqlav _
Vídeo cassete e/ou DVD						Vdvd _
Geladeira						Gelad _
Freezer parte da geladeira duplex ou independente						Freez _

8. Tu tens um relacionamento estável (duração de um ano ou mais)?

Resest _

(0) não

(1) sim

9. Tu já tiveste relação sexual com:

Só com homens (0) não (1) sim

Relh _

Só com mulheres (0) não (1) sim

Relm _

Com ambos (0) não (1) sim

Rela _

10. Tu tens filhos?

Tfilh _

(0) não

(1) sim

11. Em relação à infecção pelo HIV, tu sentes que tens algum tipo de apoio?

Apoio _

(0) não

(1) sim

12. De que modo tu achas que contraiu o vírus HIV?

Contrvi _

- (1) por relação sexual
- (2) uso de drogas
- (3) transfusão de sangue
- (4) contato com sangue ou outro material biológico
- (5) transmitido pela mãe durante a gravidez
- (6) não tem ideia

13. Há quanto tempo, em meses, tu sabes que é portador de HIV? _ _ _ meses

Tempor _ _ _

14. Alguma vez na vida tu tomastes alguma medicação para HIV?

Alghiv _

(0) não (pular para 19)

(1) sim

15. Atualmente, tu estás tomando alguma medicação para HIV?

Medhiv _

(0) não

(1) sim

16. Este é ou foi o primeiro esquema de tratamento que tu usas ou usastes?

Primesq _

(0) não

(1) sim

17. Há quanto tempo, em meses, tu tomas ou tomastes algum tipo de medicação para HIV?
_ _ _ meses

Temprem _ _ _

18. Depois que começastes a tomar a medicação, notastes alguma modificação em:

Face? (0) não (1) ficou mais fino (2) ficou mais inchado

Face _

Nuca? (0) não (1) ficou mais fino (2) ficou mais inchado

Nuca _

Peito/mamas? (0) não (1) ficou mais fino (2) ficou mais inchado

Petmam _

Abdome? (0) não (1) ficou mais fino (2) ficou mais inchado

Abdom _

Braços? (0) não (1) ficou mais fino (2) ficou mais inchado

Braç _

Nádegas?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Nadeg _
Pernas?	(0) não	(1) ficou mais fino	(2) ficou mais inchado	Pern _

19. Tu já estiveste hospitalizado alguma vez por problemas relacionados com o HIV?

(0) não
(1) sim

Hosphiv _

20. Tu tens alguma destas outras doenças?

Diabetes	(0) não	(1) sim	Diabet _
Hipertensão	(0) não	(1) sim	Hiprten _
Cardiopatía	(0) não	(1) sim	Cardio _
Dislipidemia	(0) não	(1) sim	Dislip _
Tuberculose	(0) não	(1) sim	Tuberc _
Hepatite	(0) não	(1) sim	Hepat _
Doença renal crónica	(0) não	(1) sim	Drenc _
Doença pulmonar crónica	(0) não	(1) sim	Dpulc _
Câncer	(0) não	(1) sim	Canc _

21. Tu tens religião?

(0) não
(1) sim

Trel _

22. Com que frequência tu vais à missa, culto ou sessão na tua religião?

(0) todos os dias
(1) mais de uma vez por semana
(2) uma vez por semana
(3) uma vez por mês
(4) menos de uma vez por mês
(5) nunca vou

Freqrel _

23. Com que frequência tu rezas?

Freqrez _

- (0) todos os dias
- (1) mais de uma vez por semana
- (2) uma vez por semana
- (3) uma vez por mês
- (4) menos de uma vez por mês
- (5) nunca rezo

Agora vamos falar sobre o uso de algumas substâncias.

24. Na tua vida, qual(ais) dessas substâncias tu já usastes? (SOMENTE USO NÃO-MÉDICO)

(0) não (pular para 36)

(1) sim

- | | | | |
|---|-----|-----|--------|
| a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda, ...) | (0) | (1) | Vtab_ |
| b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermouths, ...) | (0) | (1) | Valc_ |
| c. Maconha (baseado, erva, haxixe, ...) | (0) | (1) | Vmac_ |
| d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem, ...) | (0) | (1) | Vcoc_ |
| d.1 crack (pedra) | (0) | (1) | Vcra_ |
| e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...) | (0) | (1) | Vest_ |
| f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho-da-loló, tinta, gasolina, éter, lança-perfume, benzina...) | (0) | (1) | Vina_ |
| g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam, lorazepam, lorax, dienpax, rohypnol). | (0) | (1) | Vhip_ |
| h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de-lírio, cogumelos, ...) | (0) | (1) | Valuc_ |
| i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína, ...) | (0) | (1) | Vopi_ |
| j. Outras: especificar: _____ | (0) | (1) | Vout_ |

25. Durante os últimos três meses, com que frequência tu utilizou essa(s) substância(s) que mencionou?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
a. Derivados do tabaco (cigarros, charuto, cachimbo, fumo de corda, ...)	0	1	2	3	4	Tmtab_
b. Bebidas alcoólicas (cerveja, vinho, destilados como pinga, uísque, vodka, vermutes, ...)	0	1	2	3	4	Tmalc_
c. Maconha (baseado, erva, haxixe, ...)	0	1	2	3	4	Tmmac
d. Cocaína (pó, branquinha, nuvem,...)	0	1	2	3	4	Tmcoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4	Tmcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy (bolinhas, rebites...)	0	1	2	3	4	Tmest_
f. Inalantes (cola de sapateiro, cheirinho- da-loló, tinta, gasolina, éter, lança- perfume, benzina...)	0	1	2	3	4	Tmina_
g. Hipnóticos/sedativos (remédios para dormir: diazepam,	0	1	2	3	4	Tmhip_

lorazepan, lorax, dienpax, rohypnol).						
h. Drogas alucinógenas (como LSD, ácido, chá-de- lírio, cogumelos...)	0	1	2	3	4	Tmaluc
i. Opióides (heroína, morfina, metadona, codeína...)	0	1	2	3	4	Tmopi_
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4	Tmout_

26. Durante os últimos três meses, com que frequência teve um forte desejo ou urgência em consumir a(s) substância(s)?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4	Dtab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4	Dalc_
c. Maconha	0	1	2	3	4	Dmac
d. Cocaína	0	1	2	3	4	Dcoc_
d.1 crack	0	1	2	3	4	Dcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4	Dest_
f. Inalantes	0	1	2	3	4	Dina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4	Dhip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4	Daluc_

i. Opióides	0	1	2	3	4	Dopi_
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4	Dout_

27. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo da substância(s) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?

	Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4	Ptab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4	Palc_
c. Maconha	0	1	2	3	4	Pmac_
d. Cocaína	0	1	2	3	4	Pcoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4	Pcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4	Pest_
f. Inalantes	0	1	2	3	4	Pina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4	Phip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4	Paluc_
i. Opióides	0	1	2	3	4	Popi_
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4	Pout_

28. Durante os últimos três meses, com que frequência por causa do teu uso da substância(s) tu deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas por ti?

Nunca	1 ou 2 vezes	Mensalmente	Semanalmente	Diariamente ou quase todo dia
-------	--------------	-------------	--------------	----------------------------------

a. Derivados do tabaco	0	1	2	3	4	Nftab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	3	4	Nfalc_
c. Maconha	0	1	2	3	4	Nfmac_
d. Cocaína	0	1	2	3	4	Nfcoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	3	4	Nfcra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	3	4	Nfest_
f. Inalantes	0	1	2	3	4	Nfina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	3	4	Nfhip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	3	4	Nfaluc_
i. Opióides	0	1	2	3	4	Nfopi_
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	3	4	Nfout_

29. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com teu uso da substância(s)?

	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	Pretab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	Prealc_
c. Maconha	0	1	2	Premac_
d. Cocaína	0	1	2	Precoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	Pecra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	Preest_
f. Inalantes	0	1	2	Preina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	Prehip_

h. Drogas alucinógenas	0	1	2	Prealuc_
i. Opióides	0	1	2	Preopi_
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	Preout_

30. Alguma vez tu já tentaste controlar, diminuir ou parar o uso da substância(s)?

	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses	
a. Derivados do tabaco	0	1	2	Contab_
b. Bebidas alcoólicas	0	1	2	Conalc_
c. Maconha	0	1	2	Conmac
d. Cocaína	0	1	2	Concoc_
d.1 crack (pedra)	0	1	2	Concra_
e. Estimulantes como anfetaminas ou ecstasy	0	1	2	Conest_
f. Inalantes	0	1	2	Conina_
g. Hipnóticos/sedativos	0	1	2	Conhip_
h. Drogas alucinógenas	0	1	2	Conaluc
i. Opióides	0	1	2	Conopi_
j. Outras, Especificar:_____	0	1	2	Conout_

31. Alguma vez tu já usaste substância(s) por injeção? (Apenas uso não-médico)

	NÃO, nunca	SIM, mas não nos últimos 3 meses	SIM, nos últimos 3 meses	
	0	1	2	Inje_

32. Contagem de células CD4 mais recente (máximo há 6 meses): __ __, __ __ cél./mm³ (ver
prontuário)

Cd4 __ __
→ __ __

33. Carga viral mais recente (máximo há seis meses):	_____ cópias/ml (ver prontuário)	Cvrial _
34. Estágio clínico da infecção pelo HIV: (ver prontuário)		_____
(1) assintomático		Estclin _
(2) sintomático		
(3) AIDS		
35. Medicação antirretroviral atual: (ver prontuário)		
Zidovudina (AZT)	(0) não (1) sim	Zido _
Lamivudina (3TC, Epivir)	(0) não (1) sim	Lami _
Zidovudina+Lamivudina (Biovir)	(0) não (1) sim	ZideLam
Estavudina (d4T, Zeritavir)	(0) não (1) sim	Estav _
Didanosina (DDI, Videx)	(0) não (1) sim	Didan _
Tenofovir (TDF)	(0) não (1) sim	Tenof _
Abacavir (Ziagenavir)	(0) não (1)sim	Abac _
Zalcitabina (ddC, Hivid)	(0) não (1) sim	Zalcit _
Efavirenz (Stocrin)	(0) não (1) sim	Efav _
Nevirapina (Viramune)	(0) não (1) sim	Nevir _
Delavirdina (Rescriptor)	(0) não (1) sim	Delav _
Lopinavir/Ritonavir (Kaletra)	(0) não (1) sim	Loprit _
Atazanavir (Reyataz)	(0) não (1) sim	Ataza _
Amprenavir (Agenerase)	(0) não (1) sim	Ampren _
Darunavir (Prezista)	(0) não (1) sim	Darun _
Nelfinavir (Viracept)	(0) não (1) sim	Nelfin _
Fosamprenavir (Telzir)	(0) não (1) sim	Fosam _
Indinavir (Crixivan)	(0) não (1) sim	Indina _
Ritonavir (Norvir)	(0) não (1) sim	Ritonav _
Saquinavir (Invirase)	(0) não (1) sim	Saquin _
Enfuvirtida (Fuzeon)	(0) não (1) sim	Enfuvi _
Raltegravir (Isentress)	(0) não (1) sim	Ralteg _

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor, responda a todas as questões. Se você não tem clareza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:						
11 (F5.3)	36. O quanto você consegue se concentrar?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb1 _
Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, responda o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Responda o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas. Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e responda o número que lhe parece a melhor resposta.						
1 (G1)	37. Como você avaliaria sua qualidade de vida?					
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem boa	Boa	Muito boa	
	1	2	3	4	5	Whb2 _
2 (G4)	38. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb3 _
As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.						
3 (F1.4)	39. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb4 _

4 (F50.1)	40. O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV ?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb5 _
5 (F11.3)	41. Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb6 _

6 (F4.1)	42. O quanto você aproveita a vida?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb7 _
7 (F24.2)	43. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb8 __
8 (F52.2)	44. Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb9 _
9 (F53.4)	45. O quanto você tem medo do futuro?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb10 _
10 (F54.1)	46. O quanto você se preocupa com a morte?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	

	1	2	3	4	5	Whb11 _
11 (F5.3)	47. O quanto você consegue se concentrar?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb12 _
12 (F16.1)	48. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb13 _
13 (F22.1)	49. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?					
	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente	
	1	2	3	4	5	Whb14 _
As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.						
14 (F2.1)	50. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
	1	2	3	4	5	Whb15 _
15 (F7.1)	51. Você é capaz de aceitar a sua aparência física?					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
	1	2	3	4	5	Whb16 _
16 (F18.1)	52. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
	1	2	3	4	5	Whb17 _
17 (F51.1)	53. Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?					

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
	1	2	3	4	5	Whb18 _
18 (F20.1)	54. Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
	1	2	3	4	5	Whb19 _
19 (F21.1)	55. Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?					
	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente	
	1	2	3	4	5	Whb20 _
20 (F9.1)	56. Quão bem você é capaz de se locomover?					
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	
	1	2	3	4	5	Whb21 _

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

21 (F3.3)	57. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb22 _
22 (F10.3)	58. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia a dia?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb23 _

23 (F12.4)	59. Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb24 _
24 (F6.3)	60. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb25 _
25 (F13.3)	61. Quão satisfeito você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb26 _
26 (F15.3)	62. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb27 _
27 (F14.4)	63. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb28 _
28 (F17.3)	64. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb29 _

29 (F19.3)	65. Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb30 _
30 (F23.3)	66. Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?					
	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito	
	1	2	3	4	5	Whb31 _
A questão seguinte refere-se à com que frequência você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.						
31 (F8.1)	67. Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?					
	Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre	
	1	2	3	4	5	Whb32 _

Escute as frases abaixo e dê a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso pensar muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito.	
68. A1. Eu me sinto tenso ou contraído: 3 () boa parte do tempo 2 () a maior parte do tempo 1 () de vez em quando 0 () nunca	Had1_
69. D2. Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:	Had2_

0 () sim, do mesmo jeito que antes 1 () não tanto quanto antes 2 () só um pouco 3 () já não sinto prazer em mais nada	
70. A3. Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa fosse acontecer: 3 () sim, e de um jeito muito forte 2 () sim, mas não tão forte 1 () um pouco, mas isso não me preocupa 0 () não sinto nada disso	Had3_
71. D4. Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () do mesmo jeito que antes 1 () atualmente um pouco menos 2 () atualmente bem menos 3 () não consigo mais	Had4_
72. A5. Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () a maior parte do tempo 2 () boa parte do tempo 1 () de vez em quando 0 () raramente	Had5_
73. D6. Eu me sinto alegre: 3 () nunca 2 () poucas vezes 1 () muitas vezes 0 () a maior parte do tempo	Had6_
74. A7. Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado: 0 () sim, quase sempre 1 () muitas vezes 2 () poucas vezes 3 () nunca	Had7_
75. D8. Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:	Had8_

3 () quase sempre 2 () muitas vezes 1 () de vez em quando 0 () nunca	
76. A9. Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () nunca 1 () de vez em quando 2 () muitas vezes 3 () quase sempre	Had9_
77. D10. Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () completamente 2 () não estou mais me cuidando como eu deveria 1 () talvez não tanto quanto antes 0 () me cuido do mesmo jeito que antes	Had10_
78. A11. Eu me sinto inquieto, como se não pudesse ficar parado em lugar nenhum: 3 () sim, demais 2 () bastante 1 () um pouco 0 () não me sinto assim	Had11_
79. D12. Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir: 0 () do mesmo jeito que antes 1 () um pouco menos do que antes 2 () bem menos do que antes 3 () quase nunca	Had12_
80. A13. De repente tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () a quase todo momento 2 () várias vezes 1 () de vez em quando 0 () não sinto nada disso	Had13_

81. D14. Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio, ou quando leio alguma coisa: 0 () quase sempre 1 () várias vezes 2 () poucas vezes 3 () quase nunca	Had14_
---	--------

82. Durante o último mês: C1 Pensou que seria melhor estar morto(a) ou desejou estar morto(a)? C2 Quis fazer mal a si mesmo(a)? C3 Pensou em suicidar-se? C4 Pensou numa maneira de se suicidar? C5 Tentou o suicídio?	(0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim	Estmort _ Malsi _ Pensui _ Mansui _ Tentsui _
83. Ao longo da sua vida: C6 Já fez alguma tentativa de suicídio?	(0) Não (1) Sim	Longsui _
ATENÇÃO: NÃO PREENCHER 84. Há pelo menos UM “SIM” DE C1 A C6?	(0) Não (1) Sim	Risco _
85. Se SIM, especificar o nível do risco de suicídio: RISCO DE SUICÍDIO ATUAL: C1 ou C2 ou C6 = SIM : LEVE C3 ou (C2 + C6) = SIM : MODERADO C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM : ELEVADO	(0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim (0) Não (1) Sim	Leve _ Modera _ Eleva _

AGRADEÇO PELA SUA COLABORAÇÃO

ANEXO D – Solicitação para inclusão de avaliação de risco de suicídio

Universidade Católica de Pelotas

Pró-Reitoria Acadêmica

Comitê de Ética em Pesquisa

Solicito permissão deste comitê para inclusão de questões a respeito de risco de suicídio na pesquisa sobre qualidade de vida em pacientes portadores de HIV/AIDS que está sendo realizada pela mestrandia Susane Müller Klug Passos, do programa de Pós-Graduação em Saúde e Comportamento desta universidade, sob orientação do Prof. Dr. Luciano Dias de Mattos Souza.

A intenção de incluir a avaliação de risco de suicídio foi motivada por relatos espontâneos sobre o assunto, por parte dos entrevistados, durante o projeto piloto, além de considerações sobre a relação com qualidade de vida, desfecho principal da pesquisa. Para esta avaliação serão utilizadas as questões do módulo C, referente à avaliação de risco de suicídio do Mini International Neuropsychiatric Interview, Brazilian version 5.0.0 (M.I.N.I.). O M.I.N.I. (DSM IV) é uma entrevista diagnóstica estruturada, de aplicação rápida, explorando de modo padronizado os principais Transtornos Psiquiátricos do Eixo I do DSM IV (American Psychiatric Association, 1994).

C. RISCO DE SUICÍDIO:

Durante o último mês:

C1 Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a)?	Não	Sim
C2 Quis fazer mal a si mesmo (a)?	Não	Sim
C3 Pensou em suicidar-se?	Não	Sim
C4 Pensou numa maneira de se suicidar?	Não	Sim
C5 Tentou o suicídio?	Não	Sim

Ao longo da sua vida:

C6 Já fez alguma tentativa de suicídio?	Não	Sim
HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 A C6?	Não	Sim

SE SIM, ESPECIFICAR O NÍVEL DO RISCO DE SUICÍDIO:

C1 ou C2 ou C6 = SIM: LEVE

C3 ou (C2 + C6) = SIM: MODERADO

C4 ou C5 OU (C3 + C6) = SIM: ELEVADO

RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	Não	Sim
LEVE	Não	Sim
MODERADO	Não	Sim
ELEVADO	Não	Sim

Os pacientes identificados como tendo risco de suicídio atual, em qualquer categoria, serão encaminhados pelo entrevistador para avaliação no ambulatório de Psicologia da Universidade Católica de Pelotas-Ambulatório de Pesquisa, ao término da entrevista.

Sem mais, aguardo decisão deste comitê para incluir o referido módulo ao questionário atual.

Pelotas, 05 de março de 2012.

Susane Müller Klug Passos

ANEXO E – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



UNIVERSIDADE CATÓLICA DE PELOTAS
PRÓ-REITORIA ACADÊMICA
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA – CEP/UCPel

RESULTADO

O Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Católica de Pelotas analisou o projeto:

Número: 2011/76

Título do projeto: *Avaliação da qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS no sul do Brasil.*

Investigador(a) principal: Susane Müller Klug Passos

Em reunião realizada em 15 de março, ata 001/2012, foi aprovado o adendo datado de 05/03/2012, anexado ao projeto, nas páginas 63 e 64, do projeto arquivado neste comitê.

Pelotas, 19 de março de 2012

Prof. Vilson José Leffa
Vice-coordenador do CEP