

AVALIAÇÃO DA QUALIDADE DE VIDA EM PACIENTES IMUNODEPRIMIDOS HIV/AIDS: REVISÃO DE LITERATURA

EVALUATION OF THE QUALITY OF LIFE OF IMMUNOSUPPRESSED HIV /
AIDS PATIENTS: LITERATURE REVIEW

WAYLLA ALBUQUERQUE DE JESUS^{1*}, ALINE CHOTTE DE OLIVEIRA²

1. Acadêmica do curso de Graduação em Biomedicina da Faculdade INGÁ; 2. Biomédica. Especialista em Saúde Pública, Professora do curso de Biomedicina da Faculdade INGÁ.

* Av: Geronimo Garcia. Gleba Paiçandu lote 80, n: 92 Ivatuba, Paraná, Brasil cx: 28 CEP: 87130-000. w.albuquerque11@gmail.com

Recebido em 25/03/2014. Aceito para publicação em 14/04/2014

RESUMO

Buscando aprimorar mais a atenção aos pacientes imunodeprimidos HIV/AIDS, a Organização Mundial da Saúde (OMS) buscou uma maneira de avaliar a sua qualidade de vida. Sendo HIV/AIDS uma doença crônica, e com a introdução em 1986 dos medicamentos, aumentou-se a sobrevida desses pacientes ao longo dos anos, despertando então uma nova atenção na área da saúde implantando a qualidade de vida que eles levariam. Surge o módulo WHOQOL-100 de abordagem ampla sendo usada para os pacientes com HIV/AIDS com questões de avaliação físicas, psicológica, independência, sociais, do meio ambiente uma nova abordagem a religiosa.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida, HIV/AIDS, avaliação, módulo.

ABSTRACT

Seeking to further enhance care for immunosuppressed HIV / AIDS patients, the World Health Organization (WHO) developed a way to evaluate their quality of life. As HIV / AIDS is a chronic disease, and with the introduction of drugs in 1986, the expectancy of life of those patients increased over the years and the health care professionals started to give more attention to the quality of life those patients could have. A new quality of life assessment, the WHOQOL-100, was then developed and has a wide approach, being used for HIV / AIDS patients with questions regarding physical capacity, psychological, independence, social relationships, environment and spirituality.

KEYWORDS: Quality of life, HIV/AIDS, evaluation, module.

1. INTRODUÇÃO

Em 1960 que a criação mental que exemplifica a teoria de qualidade de vida, passou a ser entendido como qualidade de vida subjetiva (individual) ou percebida pelas pessoas¹. Em grande parte influenciada pela Organização Mundial da Saúde (OMS), que declara que a saúde não se restringe à ausência de doença, mas englo-

ba a percepção individual de um completo bem-estar físico, mental e social, o conceito ampliou-se para além da significação do crescimento econômico, buscando envolver os diversos aspectos do desenvolvimento social². Outro conceito formado sobre qualidade de vida foi obtido, através de especialistas de todo mundo a pedido da (OMS) como a percepção do indivíduo de sua posição na vida no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ele vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações³

Na saúde, o interesse pelo conceito qualidade de vida é recente e decorre, em parte, dos novos paradigmas que têm influenciado as políticas e as práticas do setor nas últimas décadas⁴. É um conceito amplo que abrange a complexidade do construto e inter-relaciona o meio ambiente com aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais e crenças pessoais⁵.

E com o aparecimento dos primeiros casos e a identificação do vírus da imunodeficiência humana (HIV), a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) constituiu-se um grande problema de saúde pública no plano mundial⁶.

Sendo o foco os pacientes imunodeprimidos, com a identificação do vírus HIV/AIDS caracteriza a doença como não relacionada ao fator genético, e sim, por contágio e, portanto, adquirida. Os primeiros grupos a apresentar a doença foram homossexuais, usuários de drogas injetáveis e pessoas que recebiam hemoderivados- os hemolíticos⁷. Sendo HIV/AIDS uma doença crônica vemos que a descoberta da doença causa um alarme as condições psicológicas a estes pacientes, pois não se sabe ainda a cura.

A dissociação casos/óbitos deve-se pelo surgimento da terapia antiretroviral de alta potência (HAART - *Highly Active Antiretroviral Therapy*) e sua distribuição universal e gratuita para cerca de 170.000 pessoas infec-

tadas no País a partir de 1996. Assim com o aumento da sobrevida dos indivíduos infectados, as preocupações voltam se para sua qualidade de vida⁸.

O Brasil foi um dos primeiros países a garantir o acesso universal e gratuito aos medicamentos anti-retrovirais no Sistema Único de Saúde (SUS), a partir de 1996⁹. Entretanto, CANINI *et al.* (2004)¹⁰ afirma que o advento dos anti-retrovirais, para o tratamento dos indivíduos com HIV/AIDS, vem proporcionando aumento no tempo de sobrevida, porém, seu alto custo e inúmeros efeitos colaterais associados à inexistência de cura para a doença têm direcionado investigações sobre o impacto qualitativo dessa terapêutica na qualidade de vida.

A expressão “Qualidade de vida ligada à saúde”, tradução da expressão inglesa Healthrelated Quality of Life, tem sido utilizada para ser distinguida da Qualidade de vida, em seu significado mais geral¹¹. Pacientes com HIV/AIDS estão sujeitos a diversos sintomas físicos e mentais^{12,13} e existem vários instrumentos utilizados para detectar esse amplo espectro de manifestações.

Ao usar esses módulos ou instrumentos vemos a grande importância que eles oferecem na área da saúde como enfoque em questões cotidianas e religiosas, onde os resultados contribuem para aprimorar e definir novas formas de ajuda visando à melhoria na saúde desses pacientes crônicos.

2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo de revisão bibliográfica com produção acadêmica, que tem como tema: Avaliação da qualidade de vida em pacientes imunodeprimidos HIV/AIDS. Buscamos explicar um problema a partir de referências teóricas publicadas em artigos científicos e artigos de revisão bibliográfica, buscando analisar as contribuições culturais ou científicas existentes sobre um determinado tema ou assunto.

Dando início a busca aos materiais, foram utilizados, mas de 64 artigos e dois livros que compusesse o objetivo do trabalho, abrangendo as áreas de interesse do artigo em questão. Foram obtidos através dos dados extraídos em artigos científicos entre os anos de 1985 a 2011, onde estes nos forneceram o material que compunha o objetivo do trabalho. Sendo impresso e devidamente lidos os artigos, grifados as partes importantes e relevantes, iniciou-se a escrita.

3. DESENVOLVIMENTO

HIV/AIDS: a doença e tratamento

O vírus da imunodeficiência humana (HIV), isolados virais obtidos em humanos e são agrupados em dois tipos, HIV-1 e HIV-2 e subtipados de acordo com propri-

edades estruturais e genômicas¹⁴. Células infectadas por HIV-1, HIV-2 produzem partículas virais bastante similares em sua morfologia e composição¹⁵. Há maior dificuldade de transmissão do HIV-2 quando comparado ao HIV-1¹⁶.

Uma notável característica da infecção pelo HIV é o tipicamente persistente declínio na contagem do número de linfócitos T CD4+ (responsáveis pela resposta imune celular) na “corrente sanguínea” durante todo o curso da infecção¹⁷.

Difundida pelos meios de comunicação e científicos, a AIDS pode ser transmitida pelo seu agente infeccioso (HIV) através do contato direto de fluidos corporais (sangue, sêmen e as secreções vaginais de uma pessoa infectada) com sangue ou com as mucosas de uma pessoa não infectada, sendo a origem da infecção um intercâmbio sexual ou sanguíneo¹⁸, assim como da mãe infectada para a criança, por via intraparto, perinatal ou através de amamentação¹⁹. Não há evidências de que o HIV possa ser transmitido por contato casual ou por picadas de mosquitos ou outros artrópodes¹⁶.

Na infecção por HIV há um estado constante de equilíbrio entre o percentual de células que se tornam infectadas e o percentual de morte celular. A vida média de cerca de 95% das células infectadas é de dois dias. Uma fração bem menor torna-se latente ou cronicamente infectada, passando a ter vida média de 20 dias. Há também células infectadas não produtivas, e vida média de 120 dias aproximadamente¹⁶.

Para o tratamento da AIDS há 23 drogas antirretrovirais disponíveis, com inúmeras possibilidades de esquemas TARV (terapia anti-retroviral de alta potência)²⁰.

Epidemiologia

Na América Latina, o Brasil é o país mais afetado pela epidemia de AIDS em números absolutos. Estima-se que 1,8 milhões de pessoas vivem com HIV nessa Região, e um terço delas encontra-se no Brasil²¹. Estudos epidemiológicos sugerem que o período de incubação da infecção por HIV-2, para o desenvolvimento da doença e maior do que para o HIV-1²².

A partir do início da doença, onde foi descoberto o vírus da AIDS de 1980 a 2011 foram notificados 608.230 casos acumulados até junho de 2011 no Brasil. Tendo 34.212 novos casos em 2010 contra 35.979 em 2009. A taxa de incidência caiu de 18,8 por cem mil habitantes em 2009, para 17,9 por cem mil habitantes em 2010. Enquanto que a taxa de mortalidade diminuiu de 6,3 para 6,0 por cem mil habitantes em 2010²³.

De acordo com o Ministério da Saúde (2011)²³ país teve 11.965 óbitos em 2010 e em 2009, foram 12.097. Desde 1980, são 241.469 mortes no país. A distribuição de HIV-1 e HIV-2 apresentam-se de forma distinta, sendo HIV-1 predominante, e distribuído por todo o mundo,

já o HIV-2 tem sido isolado, principalmente, na África Ocidental-Guiné Bissau, Costa do Marfim e Senegal, com alguns casos identificados nas Américas e Europa ocidental¹⁶. Introduzindo a (TARV) com ações de prevenção e controle da infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida (HIV) e outras doenças sexualmente e transmissíveis, tem resultado em alterações no padrão da epidemia de AIDS⁹.

Segundo BRITO *et al.* (2000)²⁴ a epidemia da infecção pelo vírus (HIV) e da AIDS representa fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, do comportamento humano individual e coletivo.

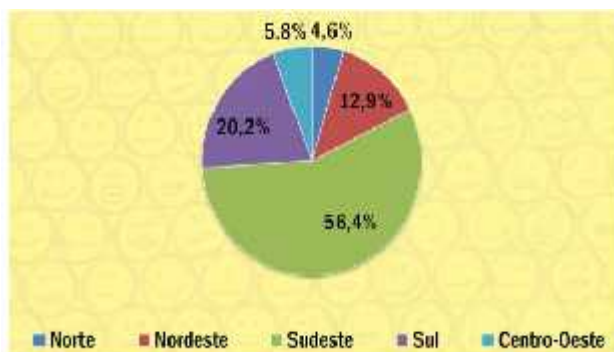


Figura 1. Distribuição dos casos de AIDS por região-1980 a 2010. Brasil. Fonte: Ministério da Saúde, 2011²³.

Diagnóstico Laboratorial: Testes sorológicos.

Os testes mais comuns utilizados são de imunoenzimáticos como ELISA (*Enzyme Linked Immunosorbent Assay*) e ELFA (*Enzyme Linked Fluorescent Assay*), pesquisam anticorpos circulantes (anti-HIV), utilizam antígenos adsorvidos em fases sólidas que podem ser de origem sintética, peptídeos sintéticos (gp41 e p24 para HIV-1 e gp36 para HIV-2) ou próprio vírus inativado¹⁶.

O método ELFA detecta simultânea de anti-HIV e Agp24. Métodos enzimáticos são preferenciais para triagens de populações em bancos de sangue e amostras sorológicas de indivíduos com sintomatologia sugestiva ou assintomáticos ou com história de situação de risco¹⁶.

Podem ocorrer reatividades falso-positivas em testes imunoenzimáticos¹⁶. Em pacientes com hepatite alcoólica ou outras patologias que ocorram anormalidades imunológicas ou neoplasmas, mulheres múltiparas e indivíduos politransfundidos aos quais tem anticorpos contra HLA classe II, presentes em linhagens de células onde há a replicação do HIV²³.

Diagnóstico Laboratorial: Isolamento Viral

O HIV-1 pode ser isolado de leucócitos do sangue (linfócitos ou monócitos) ou de secreções genitais e, ocasionalmente, de plasma e outras variedades de tecidos

(cérebro, retina, medula óssea, linfonodos)²⁶. Raramente isolado em saliva e urina. Algumas semanas depois são avaliadas quanto a atividade da transcriptase reversa ou antígeno p24 do HIV-1²⁷.

Diagnóstico Laboratorial: Biologia Molecular

Os métodos de biologia molecular que permitem amplificação genômica – *Polymerase Chain Reaction* (PCR, Roche Molecular Systems); *HIV nucleic acid sequence-based amplification* (NASBA-QT, *Advanced BioScience Laboratories*); *HIV-1 RNA PCR Assay* (*Amplicor Monitor Assay*, Roche Molecular Systems ou aqueles que amplificam sinais HIV-1 *branched-chain assay* (*Quantiplex*, *Chiron Diagnostics*) tem sido amplamente utilizados para detecção e quantificação do cDNA HIV-1 e RNA HIV-1, respectivamente, a partir de sangue total e soro ou plasma²⁸.

Diagnóstico Laboratorial: Cultura

A cultura que requer vários dias, e difícil e de elevado custo. Disponível num número relativo e pequeno de laboratórios, mais positiva frequente nos estágios iniciais do que nos estágios tardios da infecção. Único método capaz de confirmar a infecção nas primeiras duas ou três semanas após a exposição. A cultura detecta apenas a 50% dos neonatos infectados in útero no período neonatal até o primeiro mês de vida (faixa 30-50%) com detecção de maior percentagem com três e seis meses de vida²⁹.

A cultura é positiva em amostras de LCR de cerca de 30% (faixa de 20-65%) dos pacientes adultos soropositivos, na presença ou ausência de sintomas do Sistema Nervoso Central, todavia os resultados são cerca de 20 % mas frequentes nos estágios mais avançados da doença²⁹.

Encarando o problema

Almeida *et al.* (2007)³⁰ relata que a mudança de comportamentos constitui um processo complexo, que se desenvolve em várias etapas e que difere de indivíduo para indivíduo de acordo com as suas características psicológicas, sociais e culturais.

No campo da saúde, as pesquisas sobre enfrentamento, principalmente a partir dos anos 1980, tem permitido a produção de conhecimento sobre o tema e o desenvolvimento de intervenções junto a pessoas acometidas por agravos diversos, em especial enfermidades crônicas⁶.

A política para a assistência aos indivíduos infectados pelo HIV e/ou com AIDS inclui modalidades assistenciais que visam à redução das internações hospitalares, tais como assistência ambulatorial especializada,

hospital-dia e assistência domiciliar terapêutica⁹.

Desde a introdução do AZT (zidovudina) em 1986, têm sido realizados ensaios clínicos destinados a avaliar a eficácia dos esquemas de tratamentos nos pacientes portadores de HIV, focalizando inclusive a qualidade de vida³¹.

Qualidade de vida e saúde

Qualidade de vida e a saúde aproximam-se por meio da medicina social, tendo em vista a promoção de saúde que leva em consideração o bem-estar do paciente e as maneiras de enfrentamento diante das doenças crônicas. Ressalta-se, ainda, que a qualidade de vida pode ser modificada de acordo com os contextos individuais, culturais e mediante o impacto do diagnóstico de doenças crônicas³².

A expressão qualidade de vida foi empregada pela primeira vez pelo presidente dos Estados Unidos, Lyndon Johnson, em 1964, ao declarar que *“os objetivos não podem ser medidos através do balanço dos bancos. Eles só podem ser medidos através da qualidade de vida que proporcionam às pessoas”*³³.

A saúde mental e física, o bem estar e a qualidade de vida constituem uma preocupação cada vez maior. A saúde depende de fatores individuais e psicológicos, mas também de fatores ambientais, socioeconômicos, culturais, históricos e políticos das comunidades e dos países onde os indivíduos estão inseridos³⁴. O interesse em conceitos como “padrão de vida” e “qualidade de vida” foi inicialmente partilhado por cientistas sociais, filósofos e políticos³⁴.

Seidl & Zannon (2004)⁴, reafirmam que o conceito qualidade de vida (QV) é um termo utilizado em duas vertentes: (1) na linguagem cotidiana, por pessoas da população em geral, jornalistas, políticos, profissionais de diversas áreas e gestores ligados às políticas públicas; (2) no contexto da pesquisa científica, em diferentes campos do saber, como economia, sociologia, educação, medicina, enfermagem, psicologia e demais especialidades da saúde.

Da mesma forma é sabido, que muitos componentes da vida social que contribuem para uma vida com qualidade são também fundamentais para que indivíduos e populações alcancem um perfil elevado de saúde³².

Busca da qualidade de vida

Atualmente, “qualidade de vida” é, provavelmente, um dos termos com maior alcance multiprofissional, o que explicaria as múltiplas definições e pontos de vista relativos à expressão³⁵.

Hoje se desenvolveu instrumentos que avaliem bem-estar e qualidade de vida afirma Guyatt *et al.* (1993)³⁶. Na sua grande maioria esses instrumentos são

desenvolvidos nos Estados Unidos ou na Inglaterra e traduzidos para utilização em diferentes países^{3,37}.

Há duas formas de mensurar a qualidade de vida, através de instrumentos genéricos e instrumentos específicos¹¹. Os genéricos abordam o perfil de saúde ou não, procuram englobar todos os aspectos importantes relacionados à saúde e refletem o impacto de uma doença sobre o indivíduo¹¹.

DANTAS *et al.* (2003)¹¹ nos informa que assim permitem comparar a QV de indivíduos sadios com doentes ou de portadores da mesma doença, vivendo em diferentes contextos sociais e culturais. Os instrumentos específicos têm como vantagem a capacidade de detectar particularidades da QV em determinadas situações.

Eles avaliam de maneira individual e específica determinados aspectos de QV como as funções físicas, sexual, o sono, a fadiga, etc³⁸.

O módulo de avaliação: WHOQOL-100

Na área da saúde, indicadores de qualidade de vida têm sido utilizados para distinguir pacientes e grupos de pacientes, para prever a evolução desses pacientes e para avaliar intervenções terapêuticas³⁹.

Os primeiros avaliam de forma global os aspectos relacionados à qualidade de vida, seja ele físico, mental, psicológico, emocional, sexual, entre outros⁴⁰.

Existe questionários específicos para portadores do HIV/AIDS destacam-se HIV/ AIDS *Target Quality of Life* (HAT-QOL) e o WHOQOL-HIV-Bref^{41,42}.

O primeiro módulo do WHOQOL (*World Health Organization's Quality of Life*) a ser desenvolvido foi o de HIV/AIDS, em função da importância médica da doença, do impacto na qualidade de vida, de seu estigma e das peculiaridades que envolvem o contágio⁵.

Existe então o programa da OMS o instrumento WHOQOL-100. Que consiste em cem perguntas referentes a seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e espiritualidade/ religiosidade/crenças pessoais⁵.

Domínios e facetas do whoqol:

Domínio I - físico: onde temos a dor e desconforto, energia e fadiga, e sono e repouso.

Domínio II - psicológico: temos sentimentos positivos, pensar, aprender, memória e concentração. Auto-estima, imagem corporal e aparência e sentimentos negativos.

Domínio III - nível de independência: mobilidade, atividades da vida cotidiana, dependência de medicação ou de tratamentos e capacidade de trabalho.

Domínio IV- relações sociais: relações pessoais, suporte (apoio) social e atividade sexual.

Domínio V- meio ambiente: segurança física e pro-

teção, ambiente no lar, recursos financeiros, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade. Oportunidade de adquirir novas informações e habilidades, participação em, e oportunidades de recreação/lazer, ambiente físico (poluição/ruído/transito/clima) e transporte.

Domínio VI - aspectos espirituais/religião/crenças pessoais: espiritualidade/religiosidade/crenças pessoais⁵.

Mostrando, que o cuidado ao paciente imunodeprimido HIV/AIDS alcançou escalas bem maiores do que há 26 anos, onde não se tinha idéia com relação ao cuidado após a descoberta da doença, sendo hoje uma doença controlada pelo uso de medicamentos, assim focando em uma nova busca, aprimorar com ajuda dos módulos de qualidade de vida a vida desses pacientes.

4. CONCLUSÃO

Percebemos que a área da saúde está tentando aprimorar de outra forma a ajuda aos pacientes imunodeprimidos HIV/AIDS, com contribuições da qualidade de vida, nos mostrando de forma individual e coletiva a situação de pacientes com doenças crônicas, exigindo que sejam constantemente avaliadas pra melhor aprimorar com os resultados obtidos pelo uso dos instrumentos de avaliação de qualidade de vida.

A avaliação da qualidade apenas foi possível tendo em vista as respostas desses pacientes aos efeitos dos TARV o medicamento de alta potencia, já na parte individual, esses instrumentos demonstram o lado pessoal com ajuda do suporte familiar e social, e um novo paradigma a religiosidade. Dentre os instrumentos de avaliação de qualidade de vida, a questão da saúde compreende ainda um fator principal. O papel da Organização Mundial da Saúde (OMS), com os módulos e do Ministério da Saúde com os medicamentos, ajudou e muito na sobrevivência destes pacientes.

Dentre os módulos de avaliação o WHOQOL-100 foi desenvolvido para avaliação de qualidade de vida com novo domínio a religião, direcionado também aos pacientes imunodeprimidos HIV/AIDS, este módulo ajuda oferecer suporte para que se aprimore o cuidado aos pacientes com doenças crônicas.

O módulo apresentado é preciso no que diz respeito à análise da qualidade de vida. Mostrando que se tornou um novo fator de abordagem na saúde.

REFERÊNCIAS

- [1] Campolina AG, Ciconelli RM. Qualidade de vida e medidas de utilidade: parâmetros clínicos para as tomadas de decisão em saúde. *Rev. Panam. Salud. Publica/Pan Am. J Public. Health.* 2006; 19(2).
- [2] Zhan L. Quality of Life: Conceptual and measurement issues. *J Adv Nurs* 1992; 17(7):795-800.
- [3] The Whoqol Group. The World Health Organization quality of life assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization. *Social Science and Medicine.* 1995; 10:1403-9.
- [4] Seidl EMF, Zannon CMLC. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. *Cad. Saúde Pública* [online]. 2004; 20(2):580-8.
- [5] Fleck MPA. O instrumento de avaliação de qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde (WHOQOL-100): características e perspectiva The World Health Organization instrument to evaluate quality of life (WHOQOL-100): characteristics and perspectives. *Ciência & Saúde Coletiva.* 2000; 5(1):33-8.
- [6] Seidl EMF. Enfrentamento, aspectos clínicos e sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo, Maringá.* 2005; 10(3):421-9.
- [7] Andreolli A. As pessoas que vivem com HIV/AIDS. Porto Alegre. 2008.
- [8] Santos EC Junior MIF, Lopes FI. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Rev Saúde Pública* 2007; 41(Supl. 2):64-71
- [9] Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. Tendências da epidemia de Aids no Brasil após a terapia anti-retroviral AIDS. Epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Rev Saúde Pública* 2006; 40(Supl):9-17.
- [10] Canini SRMS, Reis RB, Pereira LA, Git E, Pelá NTR. Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Rev. Latino-am Enfermagem* 2004; 12(6):940-5.
- [11] Dantas RAS, Sawada NO, Malerbo MB. Pesquisas sobre qualidade de vida: revisão da produção científica das universidades públicas do Estado de São Paulo. *Rev Latino-Am Enfermagem* 2003; 11(4):532-8.
- [12] Tostes MA. Qualidade de vida de mulheres com a infecção pelo vírus da imunodeficiência adquirida. [Tese de Doutorado]. Rio de Janeiro: Universidade Federal do Rio de Janeiro (UFRJ); 1998.
- [13] Elliot LAJ, Russo J, Roy-Byrne PP. The effect of changes in depression on health related quality of life (HRQoL) in HIV infection. *Gen Hosp Psychiatry* 2002; 24:43-7.
- [14] Myers G, Pavlakis GN. Evolutionary potential of complex retroviruses. In: Levy, J.A.(ed.) *The Retroviridae.* New York, Plenum Press, 1992; 51-105.
- [15] Munn R, Marx PA, Yamamoto JK, Gardner MB. Ultrastructural comparison of the retroviruses associated with human and simian acquired immunodeficiency syndromes. *Lab Invest.* 1985; 53:194-9.
- [16] Simonetti SRR, Dutra SCP, Carvalho CPA, Simonetti JP. Anti-HIV: reatividade inespecífica em testes imunoenzimáticos. Congresso Brasileiro De Patologia Clínica, 1996; 30.
- [17] Eidam CL, Lopes AS, Oliveira OV. Prescrição de Exercícios Físicos para Portadores do Vírus HIV. *R Bras Ci e Mov.* 2005; 13(2):7-15.
- [18] Bayés R. Sida y Psicología. Barcelona: Martínez Roca. 1995.
- [19] Fauci AS, Lane HC. The acquired immunodeficiency syndrome(AIDS). In: Wilson, J.D.(ed.) *Harrison's Principles of Internal Medicine* 12, New York, McGraw-Hill. 1991; 1402-10.
- [20] Soárez PC, Castelo A, Abrão P, Holmes WC, Ciconelli RM. Tradução e validação de um questionário de avaliação

- de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Rev Panam Salud Publica*. 2009; 25(1):69-76
- [21]Dourado I, Veras MASM, Barreira D, Brito AM. AIDS epidemic trends after the introduction of antiretroviral therapy in Brazil. *Rev Saude Publica*. 2003; 40(Suppl):9-17
- [22]Pepin J, Morgan G, Dunn D, *et al*. HIV-2 induced immunosuppression among asymptomatic West African prostitutes: Evidence that HIV-2 is pathogenic but less so than HIV-1. *AIDS*. 1991; 5:1165-72.
- [23]Ministério da Saúde. 1 de dezembro luta mundial contra a AIDS. Brasília. SP. 2011.
- [24]Brito AM, Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *AIDS and HIV infection in Brazil: a multifaceted epidemic*. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical. 2000; 34(2):207-17.
- [25]Steckelberg JM, Cockerill FR. Serologic testing for human immunodeficiency virus antibodies. *Mayo Clin Proc*. 1998; 63:373-80.
- [26]Ho DD, Rota TR, Schooley RT, *et al*. Isolation of HTLV-III from cerebrospinal fluid and neural tissues of patients with neurologic syndromes related to the acquired immunodeficiency. *N Engl JMed*. 1985; 313:1493-7.
- [27]Simonetti JP. Caracterização biológica e estudos de quantificação do genoma e antígeno do vírus da imunodeficiência humana tipo I em população pediátrica. Rio de Janeiro, 1998. Tese (Doutorado em Ciências Biologia Celular e Molecular)- Fundação Oswaldo Cruz, IOC.
- [28]Piatec M, Sagg MS, Yang LC, *et al*. High levels of HIV-1 in plasma during all stages of infection determined by competitive PCR. *Science*. 1993; 259:1749-54.
- [29]Ravel R. Laboratório Clínico: Aplicações dos Dados Laboratoriais. Cap.17. Infecções virais. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan. 6 ed.1997; 173-241.
- [30]Almeida ADL, Silva CF, Cunha GS. Os conhecimentos, atitudes e comportamentos sobre SIDA dos adolescentes portugueses do meio urbano e não-urbano. *Rev Esc Enferm USP* 2007; 41(2):180-6.
- [31]Fonseca MGP, Travassos C, Bastos FI, Silva NV, Szwarcwald CL. Distribuição social da Aids no Brasil, segundo participação no mercado de trabalho, ocupação e status sócio-econômico dos casos de 1987-1998. *Cad Saúde Pública*. 2003; 19(5):1351-63.
- [32]Minayo MCS, Hartz ZMA, Buss PM. (2000). Qualidade de vida e saúde: Um debate necessário. *Ciência e Saúde Coletiva*. 2000; 5:7-18.
- [33]Fleck MPA, *et al*. Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL-100). *Revista Brasileira de Psiquiatria* 1999; 21(1):19-28.
- [34]Ramos N. *Psicologia Clínica e da Saúde*. Lisboa: Universidade Aberta. 2004.
- [35]Kimura M, Ferreira KASL. Avaliação da qualidade de vida em pessoas com dor. In: Leão ER, Duarte R (org). *Dor: 5º sinal vital: reflexões e intervenções de enfermagem*. 1 ed. Curitiba: Ed Maio; 2004; 9-74.
- [36]Guyatt G, Feeny D, Patrick L. Measuring health related quality of life. *Ann Inter Med* 1993; 118:622-9.
- [37]Bullinger M. Ensuring international equivalence of quality of life measures: problems and approaches to solutions. In: Orley J, Kuyken W editors. *Quality of life assessment: international perspectives*. Heidelberg: Springer Verlag; 1994; 33-40.
- [38]Fayers PM. *Quality of life. Assessment, analysis and interpretation*. Chichester: John Wiley; 2000.
- [39]Gill TM, Feinnstein AR. A critical appraisal of the quality-of-life measurements. *Journal of American Medical Association* 1994; 272:619-26.
- [40] Ciconelli RM, Ferraz MB, Santos W, Meinao I, Quaresma M.R. Tradução para português e validação do questionário genérico de avaliação da qualidade de vida SF-36 (Brasil SF-36). *Rev Bras Reumatol* 1999; 3:143-50.
- [41]The Whoqol-Hiv Group. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV); analysis pi-lot version. *Soc Sci Med*. 2003; 57:1259-75.
- [42]Organizacao Mundial Da Saúde. Departamento de Saúde Mental e Dependência Química. WHOQOL-HIV BREF. Avaliação de Qualidade de Vida. Genebra: OMS; 2002.

