

**U.PORTO**

MESTRADO  
SAÚDE PÚBLICA

# Qualidade de Vida e seus determinantes nos Utilizadores de Drogas VIH positivos e VIH negativos, da região Norte e Centro de Portugal, 2009 e 2010

Lucília Valéria Arantes Antunes

**M**  
2017

**U.PORTO**

Lucília Valéria Arantes Antunes  
Qualidade de Vida e seus determinantes nos Utilizadores de Drogas VIH positivos e VIH negativos, da região Norte e Centro de Portugal, 2009 e 2010



**M.FNUP 2017**

Título  
Autor

Qualidade de Vida e seus determinantes nos Utilizadores de Drogas VIH positivos e VIH negativos, da região Norte e Centro de Portugal, 2009 e 2010  
Lucília Valéria Arantes Antunes

FACULDADE DE MEDICINA DA UNIVERSIDADE DO PORTO  
INSTITUTO DE CIÊNCIAS BIOMÉDICAS ABEL SALAZAR



# **Qualidade de Vida e seus determinantes nos Utilizadores de Drogas VIH positivos e VIH negativos, da região Norte e Centro de Portugal, 2009 e 2010**

Lucília Valéria Arantes Antunes

Orientadora:

Professora Doutora Raquel de Almeida Ferreira Duarte Bessa de Melo (Assistente Graduada Sénior de Pneumologia, da carreira médica, no Centro Hospitalar de Vila Nova de Gaia/Espinho, Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto)

Dissertação de candidatura ao grau de Mestre em Saúde Pública apresentada à Faculdade de Medicina da Universidade do Porto e ao Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar.

Porto, 2017



## **Agradecimentos**

À minha orientadora, Professora Doutora Raquel Duarte, pelo contributo inestimável durante todo este percurso, pela disponibilidade e pelos ensinamentos.

À Paula Meireles pela disponibilidade e imprescindível contributo.

Ao Professor Doutor Henrique Barros pela oportunidade que me proporcionou de estudar a coorte de utilizadores de drogas do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto.

A toda a equipa de inquiridores e de investigação, do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto, que planeou e conduziu o estudo e a recolha dos dados.

À Professora Doutora Ana Rita Gaio e ao aluno de doutoramento, Renato Fernandes, pela disponibilidade e preciosa ajuda na análise estatística.

<b>Índice</b>	<b>Página</b>
Lista de Quadros	iii
Lista de Figuras	iii
Lista de Anexos	iv
Resumo	1
<i>Abstract</i>	2
1. Introdução	3
1.1. Vírus da Imunodeficiência Humana	5
1.2. Prevenção do VIH nos Utilizadores de Drogas Injetáveis	6
1.2.1. Prevenção do VIH nos Utilizadores de Drogas Injetáveis a nível mundial	6
1.2.2. Prevenção do VIH nos Utilizadores de Drogas Injetáveis em Portugal	7
1.3. Epidemiologia a nível mundial	8
1.3.1. Vírus da Imunodeficiência Humana a nível mundial	8
1.3.2. Utilizadores de Drogas a nível mundial	9
1.4. Epidemiologia em Portugal	9
1.4.1. Vírus da Imunodeficiência Humana em Portugal	9
1.4.2. Utilizadores de Drogas em Portugal	10
1.5. Epidemiologia na região Norte e Centro de Portugal	10
1.5.1. Vírus da Imunodeficiência Humana na região Norte e Centro de Portugal	10
1.5.2 Utilizadores de Drogas na região Norte e Centro de Portugal	11
1.6. Qualidade de Vida dos Utilizadores de Drogas VIH positivos e VIH negativos	11
1.7. Rede de referência e abordagem à infeção por VIH e aos UD em Portugal	13
2. Objetivos	15
2.1. Objetivo geral	15
2.2. Objetivos específicos	15

3. Materiais e Métodos	15
3.1. Descrição do estudo	15
3.1.1. Tipo de estudo	15
3.1.2. População alvo e amostra	16
3.1.3. Pré-teste do questionário: questionário piloto	16
3.1.4. Recrutamento da amostra	16
3.1.5. Critérios de inclusão	17
3.1.6. Critérios de exclusão	18
3.2. Dados	18
3.2.1. Instrumentos de recolha de dados	18
3.2.2. Recolha de dados	19
3.3. Ética	19
3.4. Análise e tratamento estatístico dos dados	20
4. Resultados	21
4.1. Distribuição da amostra por região do país	21
4.2. Caracterização sociodemográfica	21
4.3. Qualidade de Vida	24
5. Discussão	30
5.1. Limitações	35
5.2. Forças	36
6. Conclusão	37
Referências bibliográficas	39
Anexos	44

## Lista de Quadros

Quadro 1.	Distribuição dos utentes pelas Equipas de Tratamento da região Norte e Centro de Portugal, 2009 e 2010	21
Quadro 2.	Características sociodemográficas dos Utilizadores de Drogas e associação entre as variáveis e o estado serológico.	23
Quadro 3.	Resultado da aplicação do instrumento <i>WHOQOL-HIV-Bref</i> e <i>WHOQOL-Bref</i> , 2009 e 2010.	25
Quadro 4.	Comparação do instrumento <i>WHOQOL-HIV-Bref</i> e <i>WHOQOL-Bref</i> , 2009 e 2010.	26
Quadro 5.	Significância das variáveis consideradas na regressão múltipla multivariada dos seis domínios e da faceta geral (Teste de <i>Wilks</i> ).	27
Quadro 6.	Influência das quatro variáveis explicativas sobre os seis domínios e a faceta geral da Qualidade de Vida, nos Utilizadores de Drogas (regressão múltipla multivariada), 2009 e 2010.	29

## Lista de Figuras

Figura 1.	Número de novas infeções por VIH em jovens maiores de 15 anos e em adultos, entre 1990 e 2014 e as projeções até 2030	8
-----------	---	---

## Lista de Anexos

Anexo 1.	Declaração de Consentimento Informado para os participantes	45
Anexo 2.	Informação sobre os aspetos éticos do estudo	46
Anexo 3.	Definição e plano de operacionalização das variáveis em estudo dos questionários de avaliação da Qualidade de Vida para Utilizadores de Drogas Seropositivos e Seronegativos	47
Anexo 4.	Variáveis em estudo	95
Anexo 5.	Características avaliadas pelos seis domínios e a faceta geral do questionário <i>WHOQOL-HIV-Bref</i> e <i>WHOQOL-Bref</i> .	99

## **Siglas e acrónimos** (por ordem alfabética)

<b>Access</b>	<i>Microsoft Office Access</i>
<b>CAD</b>	Centros de Aconselhamento e Diagnóstico precoce da infeção por VIH
<b>CRI</b>	Centro de Respostas Integradas
<b>DALY's</b>	<i>Disability-Adjusted Life Year</i>
<b>DGS</b>	Direção-Geral da Saúde
<b>DP</b>	Desvio Padrão
<b>ET</b>	Equipas de Tratamento
<b>ERCP</b>	Espiritualidade, Religião e Crenças Pessoais
<b>ISPUP</b>	Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto
<b>M</b>	Média
<b>Md</b>	Mediana
<b>ONUSIDA</b>	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA
<b>OMS</b>	Organização Mundial de Saúde
<b>PDF</b>	<i>Portable Documents Format</i>
<b>QdV</b>	Qualidade de Vida
<b>RA</b>	Resíduo Ajustado
<b>SICAD</b>	Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e Dependências
<b>SIDA</b>	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
<b>SPSS</b>	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
<b>UD</b>	Utilizadores de Drogas
<b>UDI</b>	Utilizadores de Drogas Injetáveis
<b>VIH</b>	Vírus Imunodeficiência Humana
<b>VIH+</b>	Vírus Imunodeficiência Humana positivo
<b>VIH-</b>	Vírus Imunodeficiência Humana negativo
<b>WHOQOL</b>	<i>World Health Organization Quality of Life</i>

## Resumo

A infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana permanece internacionalmente como um dos principais problemas de saúde pública, com 0,6% da população mundial infetada. Portugal, tem uma dimensão epidemiológica superior à de outros países desenvolvidos e, na União Europeia, é um dos três países mais atingidos. A epidemia mundial é devida sobretudo à elevada taxa de transmissão na população de utilizadores de drogas injetáveis, e Portugal tem uma das mais elevadas taxas de novos diagnósticos de infeção nesta população. Com a diminuição da mortalidade causada pela infeção, os doentes passaram a preocupar-se não só com os anos de vida, mas também com a qualidade da mesma. E se à condição de seropositivo se associar a dependência de drogas, o quotidiano destes indivíduos sofre mudanças consideráveis.

Foi realizado um estudo transversal com 371 utilizadores de drogas maiores de 18 anos, recrutados voluntariamente nas equipas de tratamento da região Norte e Centro de Portugal, entre agosto de 2009 e junho de 2010. Considerando que os objetivos da investigação passavam por conhecer a qualidade de vida e os seus determinantes na população de utilizadores de drogas seropositivos e seronegativos para o VIH, os participantes responderam a um questionário estruturado que incluía perguntas sociodemográficas e clínicas, bem como perguntas dos instrumentos de avaliação da qualidade de vida (*WHOQOL-HIV-Bref* e *WHOQOL-Bref*), da Organização Mundial de Saúde. Realizaram-se análises descritivas, comparações de médias da qualidade de vida e análise de regressão para encontrar as variáveis que poderiam influenciar a qualidade de vida dos utilizadores de drogas.

Dos 371 utilizadores de drogas, 116 eram seropositivos e 255 eram seronegativos. A amostra era maioritariamente do sexo masculino (84,6%) e com uma idade média de 37,5 anos (DP=7,7). Os resultados obtidos indicam que os utilizadores de drogas percecionam a sua qualidade de vida como moderada. Contudo, a faceta geral (qualidade de vida geral e a perceção geral da saúde) foi, nos dois grupos, o domínio com menor média de qualidade de vida, o que revela que os utilizadores de drogas não deixam de sentir que a sua saúde está comprometida. Das variáveis analisadas, apenas a escolaridade, os rendimentos, a autoperceção do estado de saúde e a presença de coinfeções, mostraram ter influência significativa na qualidade de vida.

Avaliar a qualidade de vida no seguimento médico destes doentes permitiria providenciar cuidados de saúde melhores e mais específicos, identificar os domínios mais críticos e abrir caminho a novas estratégias terapêuticas, mais direcionadas à melhoria da qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Qualidade de Vida, Utilizador de Drogas, VIH, Norte e Centro de Portugal.

## Abstract

Being infected by the Human Immunodeficiency Virus continues to be one of the main public health problems worldwide, with 0.6% of the world's population infected. Portugal has an epidemiological rate superior to other developed countries and ranks third in the European Union. This worldwide epidemic is mainly due to the high transmission rate in injecting drug users, where Portugal holds one of the highest rates of newly diagnosed infections in this population. As mortality rate caused by the infection decreased, patients began to focus not only on life expectancy but also in a higher quality of life. And if being HIV positive is associated with drug addiction, the daily life of these individuals undergoes considerable changes.

A cross-sectional study was conducted on 371 drug users over 18 years old, who were recruited voluntarily in the treatment centers of the North and Central regions of Portugal, between August 2009 to June 2010. Taking into account the research objectives which were to know the quality of life of positive and negative HIV drug users and its determinants, the subjects answered to a questionnaire which included sociodemographic and clinical questions and questions from the WHOQOL-HIV-Bref and WHOQOL-Bref quality-of-life assessment instrument of the World Health Organization. Descriptive analysis, comparisons of means of quality of life and regression analysis were used to find variables that could influenced the quality of life levels in drug users.

Out of a total of 371 drug users, 116 were HIV positive and 255 HIV negative. The sample was predominantly male (84.6%) with a mean age of 37,5 years old (SD=7,7). The results indicated that drug users understood that they had a reasonable quality of life. The domain measuring the overall quality of life and general perception of health was, in both groups, the one with the lowest mean of quality of life. This reveals that, despite the scores of quality of life were positive, drug users think that their health is compromised. Of the different variables analyzed, only education, income, recognition of their health status and the presence of co-infections showed to have a significant influence on quality of life.

By evaluating quality of life in the medical follow-ups of these patients will be possible to provide better and more specific health care, will help to identify the most critical domains in their lives and find new therapeutic strategies for better quality of life.

**Key-Words:** Quality of life, Drug users, HIV, North and Central of Portugal.

## 1. Introdução

O século passado foi marcado pela globalização da infeção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), e se inicialmente era um problema que afetava unicamente as populações de risco, rapidamente a sociedade foi obrigada a enfrentar a infeção como uma condição transnacional e transcultural capaz de alcançar proporções alarmantes (1).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) desenvolveu uma estratégia global no setor da saúde que contempla o VIH/SIDA. No documento “Estratégia mundial do sector da saúde para o VIH/SIDA 2016-2021” a OMS compromete-se a acabar com a epidemia da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (SIDA) como ameaça à saúde pública até o ano de 2030, e define quais as atividades que os países devem desempenhar e o que a própria organização fará para cumprir a meta, propondo até 2020 metas intermédias. No entanto, apesar do progresso na resposta ao VIH, a epidemia continua a ser uma ameaça à saúde pública em todas as regiões do mundo. A cobertura de serviços continua a ser inadequada e a sua expansão prevê-se insuficiente para atingir as metas globais. Os países têm que dar o “salto” necessário para terminar com a epidemia da SIDA e atingir as metas definidas pela OMS até 2020. Estes objetivos aplicam-se a todos os indivíduos: crianças, adolescentes e adultos; ricos e pobres; homens e mulheres; e a todas as populações-chave (utilizadores de drogas injetáveis, trabalhadores do sexo, homens que têm sexo com homens e pessoas transgénero). Para que a mudança ocorra é necessário trabalhar nos cinco pilares: mortalidade relacionada com o VIH; diagnóstico, tratamento e prevenção; discriminação; sustentabilidade financeira; e inovação (2).

A infeção por VIH em seres humanos é na atualidade uma epidemia com 0,6% da população mundial infetada. Entre 1981 e 2006 a SIDA fez 25 milhões de mortes, um terço das quais ocorreram na África subsariana, atrasando o crescimento económico e aumentando a pobreza. A infeção pelo VIH continua a ser um dos principais problemas de saúde pública a nível internacional (1). Globalmente, 17 das 37 milhões de pessoas que viviam com o VIH, em 2014, não sabiam o seu estado de portadores, e 22 milhões não tinham acesso à terapia antirretroviral. O progresso de prevenção do VIH não está a ser suficiente, nem tão rápido como desejado e não chega a todas as populações em maior risco de infeção. São evidentes as disparidades no acesso aos cuidados e no acesso ao tratamento (2).

O objetivo 90-90-90 do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA (ONUSIDA) pretende terminar com a epidemia da SIDA até 2030, como antes referido. O programa consiste em conseguir com que 90% dos portadores da infeção por VIH estejam diagnosticados, e destes, 90% recebam tratamento antirretroviral, para alcançar a supressão virológica em 90% deles. De 2005 a 2015, o número de infetados a receber

tratamento aumentou de 2.2 para 15 milhões. Contudo, existe uma grande discrepância entre as diferentes regiões do mundo que se deve sobretudo à incapacidade dos serviços de saúde, ao limitado acesso a financiamento, aos custos do tratamento, e ao estigma e discriminação com o VIH (3).

Portugal é um dos três países mais atingidos pela infeção por VIH na União Europeia, e apesar de mostrar melhorias com um decréscimo consistente, desde 2008, na taxa de novos diagnósticos de infeção, a epidemia continua a ter prevalências superiores ao desejado comparativamente aos restantes países desenvolvidos (4). Para sermos bem-sucedidos nos objetivos definidos pela OMS e pelo ONUSIDA é fundamental melhorar a qualidade da abordagem da infeção por VIH em Portugal (3). O “Programa Nacional de Prevenção e Controlo da Infeção VIH/SIDA 2012-2016” identifica as áreas prioritárias de intervenção, e foi criado para garantir uma abordagem multissetorial da resposta nacional à infeção. A visão do programa vai de encontro à visão do ONUSIDA que prevê zero novas infeções, zero mortes relacionadas com a SIDA e zero casos de discriminação, e propôs seis importantes metas até ao final de 2016: aumentar para 95% a proporção de indivíduos que dizem usar preservativo em relações sexuais ocasionais; reduzir em 25% o número total de novas infeções por VIH; diminuir de 65% para 35% os diagnósticos tardios de infeção pelo VIH; diminuir em 50% o número de novos casos de SIDA; diminuir em 50% o número de mortes por SIDA; e eliminar a transmissão da infeção por VIH de mãe para filho. Para que as metas sejam cumpridas há áreas prioritárias de atuação, tais como: prevenção da infeção pelo VIH; atuar junto das populações mais vulneráveis; diagnóstico precoce da infeção; tratar as pessoas que vivem com a infeção; terminar com o estigma e a discriminação; apostar na investigação; e cooperação internacional (5).

A OMS alerta para a necessidade de se fazer prevenção e tratamento do VIH nos utilizadores de drogas injetáveis (UDI), e define um pacote de programas dirigidos ao uso de seringas e agulhas e à terapia de substituição de opioides que inclui: programas dirigidos às seringas e agulhas; tratamento da dependência com terapia de substituição de opioides; aconselhamento e testes de diagnóstico de VIH; tratamento e prestação de cuidados de saúde aos indivíduos VIH positivos; informação, educação, e aconselhamento para redução do risco; distribuição de preservativos e gestão das doenças sexualmente transmissíveis; e gestão da tuberculose e hepatites (3).

A análise das tendências em Portugal permite afirmar que existe uma diminuição dos casos de infeção por VIH associados aos UDI (4). O comportamento com maior risco de infeção por VIH nesta população é a partilha de material que tenha estado em contacto com sangue contaminado. Em 1993 a “Comissão Nacional de Luta Contra a SIDA” em parceria com a Associação Nacional das Farmácia, implementou o Programa “Diz Não a Uma Seringa em 2ª Mão”, com o objetivo de prevenir a transmissão do VIH entre os UDI, através da

distribuição de material esterilizado e da recolha e destruição do material utilizado. Apesar da aceitabilidade do programa, da evidência na redução da partilha de seringas e na prevenção da infeção, as atitudes de risco nesta população não foram totalmente erradicadas, pois continua a existir partilha de material utilizado na injeção das drogas, à semelhança do que acontece nos outros países. Dos 300 programas de troca de seringas existentes na Europa em 1998, Portugal detinha 43% dos 2000 pontos de troca (1).

A estratégia nacional para combater o uso de drogas assenta em seis objetivos gerais: contribuir para uma estratégia internacional e europeia apropriada e eficiente para reduzir o problema global da droga e lutar contra o tráfico; esclarecer a sociedade portuguesa numa perspetiva preventiva com informação de qualidade sobre o fenómeno da droga, da adição e dos perigos; reduzir o consumo de droga na população jovem; garantir os recursos necessários para o tratamento e reinserção social dos toxicodependentes; proteger a saúde pública e a segurança das pessoas e propriedades; e reprimir o tráfico ilícito e enriquecimento com a droga (6).

### **1.1. Vírus da Imunodeficiência Humana**

A quantidade de vírus presente por mililitro de sangue denomina-se carga viral, que no indivíduo VIH+ pode chegar a atingir 1 milhão de cópias nas primeiras semanas de infeção, reduzindo depois para cerca de 1000. A partir deste valor a carga viral sobe lentamente, surgindo sintomatologia quando ultrapassa as 100.000 cópias/ml de sangue. O vírus infeta os linfócitos T CD4+ do sistema imunitário, fazendo diminuir o seu número até limiares em que o corpo perde a imunidade e o organismo fica vulnerável. A contagem de CD4+ (valores normais vão de 1000 a 2500 células/ml) relaciona-se inversamente com a gravidade da doença: abaixo de 200 células/ml o indivíduo está muito vulnerável e acima de 500 células/ml continua saudável. Estão identificados dois tipos de VIH, o VIH-1 e o VIH-2. Sendo o VIH-1 o mais virulento e infeccioso, responsável pela maioria das infeções mundiais, inclusive em Portugal. O VIH-2 apresenta menor infecciosidade e por consequente menor risco de contágio (7).

Entre 15 a 60 dias depois do indivíduo adquirir o vírus surge a síndrome da seroconversão aguda, um conjunto de sinais e sintomas semelhantes a um estado gripal autolimitado no tempo e sem sequelas. Os pacientes poderão estar assintomáticos por um período de entre três a vinte anos, e outros nunca chegarão a desenvolver a doença (SIDA), condição que por deterioração do sistema imunitário torna o ser humano suscetível a infeções oportunistas e cancros. A progressão depende sobretudo da velocidade de replicação do vírus que está condicionada por fatores genéticos inerentes ao infetado, mas também à

qualidade de vida e hábitos como tabagismo, alcoolismo, stresse, alimentação irregular, toxicodependência, entre outros (7).

A transmissão do VIH pode ocorrer de várias formas: de mãe para filho durante a gravidez, o nascimento ou a amamentação; nas relações sexuais desprotegidas com parceiros infetados; ter múltiplos parceiros sexuais onde a existência de outras doenças sexualmente transmissíveis podem aumentar o risco de infeção durante o ato sexual; pela partilha de agulhas, seringas, água destilada, ou outros equipamentos utilizados na preparação de drogas para injeção; e através do contacto sanguíneo com feridas expostas ou transfusão sanguínea não rastreada (5, 7).

Muitos seropositivos desconhecem que estão infetados. O teste diagnóstico de VIH deteta anticorpos do vírus, e se o resultado for não reativo o individuo é considerado seronegativo, mas se o resultado for positivo deverá ser novamente testado. Com dois testes reativos o indivíduo será submetido a exames de confirmação mais específicos. Com resultado positivo no exame de confirmação o indivíduo é definitivamente seropositivo com presença do vírus. Atualmente, os exames de diagnóstico são muito precisos, com 99% de resultados corretos e apenas 1/250.000 de falsos positivos numa população de baixo risco (7).

Não existe vacina ou cura para o VIH/SIDA, mas com o tratamento antirretrovírico é possível manter a carga viral baixa para que a imunidade permaneça em níveis saudáveis e assim se evitem as coinfeções e se estabilizem os sintomas, o que reduz significativamente a morbimortalidade dos infetados (3). O tratamento deve ser iniciado o mais precocemente possível após o diagnóstico para evitar a progressão da doença, e, sem tratamento nove em cada dez infetados desenvolverão SIDA, entre 10 a 15 anos (3, 7).

A profilaxia pós-exposição com tratamento antirretrovirico reduz o risco de infeção, se for iniciado imediatamente após a exposição (3).

## **1.2 Prevenção do VIH nos Utilizadores de Drogas Injetáveis**

### **1.2.1. Prevenção do VIH nos Utilizadores de Drogas Injetáveis a nível mundial**

A epidemia mundial do VIH é devida sobretudo à elevada taxa de transmissão nas populações-chave, onde se encontram os UDI (8). Comparando a prevalência da infeção por VIH nos UDI com a de outros adultos em idade reprodutiva, os valores mostram-se 28 vezes mais elevados (3). É nestas populações, de indivíduos socialmente marginalizados, que os esforços de prevenção da saúde pública deverão ter mais impacto para conseguir alcançar o objetivo de reduzir o número de novas infeções para 500.000 até 2020, e terminar com a epidemia do VIH no ano 2030 (Figura 1), (3, 8). Para maximizar o impacto e

otimizar o uso de recursos, as intervenções de prevenção que provaram ser efetivas devem ser direcionadas a estas populações e às áreas geográficas de maior risco. Apesar da evidência de que fornecer material limpo aos UDI é uma das intervenções contra o VIH mais eficazes, existem ainda barreiras políticas e legais que limitam estes programas. À exceção dos programas de cobertura de testes de diagnóstico de VIH, os países com elevada prevalência do vírus relatam baixa cobertura de programas para UDI. Menos de 30 % dos países prioritários relatam ter uma alta cobertura de programas de fornecimento de material para injeção, de terapia de substituição de opiáceos e de tratamento antirretroviral (8). Os Utilizadores de Drogas (UD) continuam a enfrentar ações jurídicas punitivas, abuso dos direitos humanos e falta de acesso a serviços de redução de danos, incluindo programas de troca de seringas e substituição de opioides. Em 2014, apenas 90 países ofereciam programa de troca de seringas, e apenas um terço dos países que tinham programas de substituição de opioides indicaram ter cobertura aceitável, maior que 40% (9).

### **1.2.2. Prevenção do VIH nos Utilizadores de Drogas Injetáveis em Portugal**

Em Portugal existem dois programas de prevenção primária da infeção por VIH: o programa de distribuição gratuita de preservativos e o “Programa diz não a uma seringa em 2ª mão” (10). Face à tendência decrescente do número de testes rápidos de diagnóstico precoce da infeção pelo VIH realizados nos Centros de Aconselhamento e Deteção Precoce do VIH (CAD), em 2014 houve necessidade de atualizar a Norma de Orientação Clínica nº58/2011, passando também os Cuidados de Saúde Primários a realizar os testes rápidos de diagnóstico (11). A nível nacional a prevenção do consumo de drogas é da responsabilidade do Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (SICAD). O novo “Plano Nacional para Redução de Comportamentos Aditivos e Dependência 2013-2020” reconhece a necessidade de serem criados programas de prevenção específicos para cada faixa etária, e que sejam dirigidos aos diferentes contextos sociais, como seja a família, a escola, os espaços recreativos e de desporto, a comunidade, os locais de trabalho e as prisões. O “Plano Operacional de Repostas Integradas” da SICAD é uma medida estruturante de âmbito nacional ao nível da intervenção integrada na área dos comportamentos aditivos e dependências, que está organizada a nível regional em intervenções dirigidas especificamente às necessidades do local. Prevenção do consumo de droga faz parte do currículo escolar português de algumas disciplinas, e no “Programa Escola Segura” os agentes de autoridade patrulham a área envolvente à escola para prevenir e proteger a escola do tráfico de droga, mas também são responsáveis por organizar sessões de esclarecimento. Nos serviços de apoio à comunidade e nos Centros

de Resposta Integrada (CRI) existem ainda outras atividades de prevenção com foco nos jovens que experimentaram drogas, fornecendo-lhes apoio psicológico e psicossocial (6).

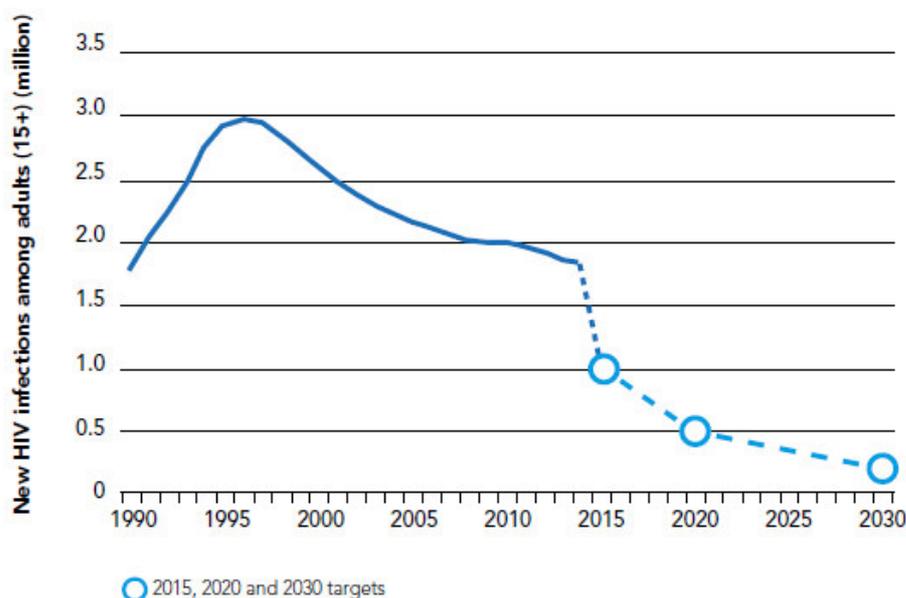


Figura 1. Número de novas infeções por VIH em jovens maiores de 15 anos e em adultos, entre 1990 e 2014 e as projeções até 2030  
Fonte: Programa Conjunto das Nações Unidas sobre o VIH/SIDA

### 1.3. Epidemiologia a nível mundial

#### 1.3.1. Vírus da Imunodeficiência Humana a nível mundial

O número total de infetados pelo VIH continua a subir anualmente. Este facto deve-se sobretudo ao maior número de pessoas com acesso à terapia antirretroviral que lhes permite viver mais anos e com mais saúde, e não ao aumento do número de infetados. Desde o ano 2000 o número de novos infetados tem vindo a descer, tendo-se evitado 30 milhões de novas infeções e 8 milhões de mortes. Os objetivos da OMS de reverter e deter a propagação do VIH estão a ser alcançados, e de ano para ano mais países entram na luta para acabar com a epidemia da SIDA até 2030 como parte dos Objetivos de Desenvolvimento Sustentável (12).

Em 2015, das 36,7 milhões de pessoas (17,1 milhões de homens, 17,8 milhões de mulheres e 1,8 milhões de menores de 15 anos) que viviam com a infeção por VIH: 2,1 milhões foram infetados nesse ano e 1,1 milhões morreram por causas relacionadas com a SIDA (110,000 mortes em menores de 15 anos), perfazendo um total desde o início da epidemia de 34,2 milhões de mortes (9). Dos infetados, apenas 40% receberam tratamento antirretrovirico

(12). Em 2015 registaram-se 2,1 milhões de novos infetados e 1,1 milhões de mortes relacionadas com a SIDA (9).

### **1.3.2. Utilizadores de Drogas a nível mundial**

Dos 12 milhões de UDI existentes no mundo, 1,6 milhões estão infetado com o VIH, e só no ano 2014 cerca de 110,000 foram infetados. Em 2010, 86% dos UDI com infeção VIH não recebiam terapia antirretroviral, e menos de metade admitiram usar preservativo na última relação sexual (9).

Dos 88 milhões de consumidores de drogas existentes na Europa em 2014, o consumo foi mais frequente no sexo masculino (54,3 milhões) e na população mais jovem, dos 15 aos 34 anos de idade (10).

## **1.4. Epidemiologia em Portugal**

### **1.4.1. Vírus da Imunodeficiência Humana em Portugal**

Apesar da redução em 50 % do número de novas infeções por VIH e em 69,3 % do número de novos casos de SIDA, entre 2005 e 2014, Portugal continua a apresentar uma das mais elevadas taxas de novos casos de infeção por VIH e de SIDA no contexto da União Europeia (4). Até o ano 2015 encontravam-se notificados em Portugal 54,297 casos de infeção VIH, dos quais 21,177 em estadio SIDA (4). Os últimos dados publicados pela Direção-Geral de Saúde (DGS), no ano 2016, registaram 841 (614 do sexo masculino e 227 do sexo feminino) novos casos de infeção pelo VIH, e 161 novos diagnósticos de SIDA (13). Foram notificados ao Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge 192 óbitos ocorridos em 2015, em pessoas com infeção por VIH, sendo a maioria homens (75,5 %), com idade mediana à data do óbito de 52 anos (4). Desde o início da epidemia, a distribuição da infeção VIH permaneceu mais acentuada nos grupos etários acima dos 20 anos de idade (60,8% dos 20-44 anos e 25% em  $\geq 50$  anos) o que faz destes grupos os prioritários na abordagem à infeção. No que se refere à distribuição por género, deu-se um decréscimo na proporção de casos notificados no sexo feminino, contrariamente ao sexo masculino, onde se tem verificado uma proporção progressivamente crescente (72,5% de todos os casos em 2014) (11). A análise dos anos potenciais de vida perdidos pela doença evidencia o impacto que a mesma traz para a sociedade portuguesa, com um total, em 2013, de 7245 anos potenciais de vida perdidos no sexo masculino e 2020 anos no sexo feminino (14).

## **1.4.2. Utilizadores de Drogas em Portugal**

O uso de substâncias ilícitas em Portugal está a diminuir. Desde 2007 há um declínio no número de UD de alto risco e UDI. A nível nacional o consumo de drogas é mais prevalente no sexo masculino, e na faixa etária dos 15 aos 34 anos (6). O último “Relatório Europeu sobre Drogas - 2016” mostra uma taxa de mortalidade pelo uso de drogas em Portugal de 4,5 mortes/milhão de habitantes, valor inferior ao registado na Europa (19,2 mortes/milhão de habitantes) (10). Contudo, e apesar da transmissão da infeção entre UDI ter sofrido uma diminuição de 92,2% desde 2004 até 2014, Portugal apresentou no último ano mais diagnósticos de VIH atribuíveis ao consumo de drogas injetáveis (3,8/milhão de habitantes) do que a União Europeia (2,4/milhão de habitantes) (10, 11).

## **1.5. Epidemiologia na região Norte e Centro de Portugal**

### **1.5.1. Vírus da Imunodeficiência Humana na região Norte e Centro de Portugal**

Na região Norte o VIH/SIDA surge como o fator com maior carga global de doença no sexo masculino, com um contributo para o total de DALY's (*Disability-Adjusted Life Year*, traduzido em “anos de vida ajustados por incapacidade”) de 2,4%, valor superior ao registado no país (2,1%) e na Europa (0,6%) (15). Atualmente sabe-se que existe uma marcada assimetria na distribuição dos casos de infeção pelo VIH em Portugal, e face aos resultados apresentados pela região Norte, o “Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016” definiu como décimo objetivo de saúde a ser atingido até 2016, diminuir a taxa de incidência da infeção pelo VIH dos 7,6 /100 000 registado em 2011 para os 3/100 000 habitantes, em ambos os sexos (16). Os novos casos de infeção por VIH diagnosticados na região Norte, em 2015, corresponderam à segunda maior proporção registada no país, com 19,9 % do total de novos casos no país (4).

À semelhança do que tem vindo a acontecer em Portugal, também na região Centro se tem vindo a verificar uma diminuição do número de novas infeções pelo VIH, diminuição de novos diagnósticos SIDA e diminuição do número de óbitos relacionados com a infeção. Em 2013 a taxa de incidência da infeção pelo VIH era de 8/100 000 habitantes, dos quais 75,1% eram do sexo masculino e 80,2% tinham idades compreendidas entre os 15-49 anos (17).

### **1.5.2. Utilizadores de Drogas na região Norte e Centro de Portugal**

Em 2001 a distribuição percentual dos casos de VIH/SIDA em Portugal e na região Norte concluiu que para as três principais categorias (uso de drogas, heterossexuais e sexo entre homens), a região Norte tinha um predomínio da categoria associada ao uso de drogas, e valores inferiores aos nacionais nas restantes categorias (18). No ano 2012 o consumo de drogas ilícitas era, para ambos os sexos, o sétimo fator de risco responsável pela maior quantidade de anos de vida saudáveis perdidos, e o sexto fator de risco para a carga de doença em DALY's, com um peso de 2,8%. No "Plano Regional de Saúde do Norte 2014-2016", o consumo de drogas surge como uma das cinco principais necessidades de saúde, no que se refere à morbilidade (16).

Dos novos casos de infeção registados na região Centro em 2013, 5,8% ocorreram em UD. A média de idades dos utentes que em 2014 recorreram ao tratamento dos comportamentos aditivos na região Centro foi de 40 anos, maioritariamente do sexo masculino (83%) e solteiros (57%) (17).

### **1.6. Qualidade de Vida dos Utilizadores de Drogas VIH positivos e VIH negativos**

O construto Qualidade de Vida (QdV) apresenta duas características importantes: é subjetivo, porque depende da perceção da pessoa sobre o seu estado de saúde e sobre os aspetos não médicos do seu contexto de vida; e multidimensional, na medida em que é influenciado de forma complexa pela saúde física do indivíduo, estado psicológico, nível de independência, relações sociais, crenças pessoais e das suas relações com aspetos relevantes do ambiente em que vive (19, 20). O conceito de QdV permite valorizar parâmetros amplos da vida dos indivíduos na medida em que engloba um elevado número de fatores que podem afetar não só a perceção que o indivíduo tem em relação à sua condição de saúde e intervenções médicas, mas também ao seu funcionamento no quotidiano, nomeadamente na forma como se adapta ao *stress*, à presença de redes sociais de apoio e integração social, à satisfação com a vida, à autoestima, à felicidade e à sua forma física (20, 21).

A aplicabilidade e o interesse em avaliar a QdV na área da saúde decorrem da definição de Saúde dada pela OMS em 1948 como "um estado de completo bem-estar físico, mental e social, e não simplesmente como a ausência de doença". Esta definição fez com que as iniciativas de promoção de saúde não se dirigissem apenas ao controlo dos sintomas, diminuição da mortalidade e aumento da expectativa de vida, mas que também fossem

valorizados aspetos relacionados com o bem-estar e a QdV (22). Em 1994 num contexto de falta de precisão em torno do conceito de QdV, a OMS juntou um conjunto de peritos originários de diferentes culturas (*WHOQOL group*), que definiram a QdV como a “Perceção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de cultura e valores nos quais está inserido, e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações”. Desta forma a OMS coloca o sujeito no centro do estudo para que lhe seja dada relevância às suas significações (20).

Nos países desenvolvidos os UD são caracterizados como indivíduos pouco saudáveis, com comportamentos preditores do aumento de doenças crónicas e com diminuição da sua QdV. Reconhecida a perturbação que o consumo de substâncias psicoativas acarreta aos UD em termos físicos, emocionais e sociais, é fundamental avaliar a QdV destas populações (21). O consumo de substâncias psicoativas é impulsionado pelo desejo de obter benefícios desse mesmo consumo, contudo, o uso de drogas traz consigo danos para a saúde e a nível social, a curto, médio e longo prazo (19). Avaliar a QdV, é reconhecido internacionalmente como uma importante forma de medir a eficácia dos tratamentos, o acesso aos serviços de saúde, estudar os efeitos adversos dos tratamentos e o impacto da dependência de drogas ao longo do tempo (23). Considerando a dependência como uma doença crónica e que o seu tratamento requer uma monitorização por longos períodos de tempo, avaliar a QdV irá adicionar ao foco do tratamento clínico, o incentivo de melhorar a satisfação com a vida. No entanto, o construto QdV é complexo e envolve diferentes aspetos da vida, tais como hábitos comportamentais, relacionamentos, compreensão da vida e autoexpressão. A QdV desenvolve-se desde a infância, e por isso, é mais provável que baixa QdV leve ao consumo de drogas (19).

A infeção pelo VIH acarreta condicionalismos que interferem na vida psicológica, familiar e social dos indivíduos, na forma como se vêem a si próprios (autoconceito e autoestima), o seu futuro (incerteza, sentimentos de desamparo e desespero) e como são vistos pelos outros (inclusão e estigmatização social) (22). Com a terapêutica antirretroviral deu-se uma significativa redução da mortalidade e da incidência de infeções oportunistas nos infetados pelo VIH o que levou à melhoria da sobrevida, no entanto, a presença de múltiplas manifestações da infeção e os efeitos colaterais benéficos ou adversos dos tratamentos podem, direta ou indiretamente, influenciar e comprometer a QdV destes doentes (20). Neste sentido, a infeção pelo VIH acarreta um profundo impacto na vida dos doentes, não apenas por se tratar de uma doença crónica com impacto psicossocial discriminativo e com elevado potencial para influenciar a QdV, mas também pela sua natureza fatal (22).

Se à dependência de drogas se associar a condição de seropositividade para o VIH, o quotidiano destes indivíduos sofre mudanças consideráveis, o que salienta a importância de se avaliar a QdV para compreender a forma como vive um UD com VIH/SIDA (19).

## **1.7. Rede de referenciação e abordagem à infeção por VIH e aos UD em Portugal**

Em Portugal, o rastreio laboratorial da infeção pelo VIH deve ser efetuado em todos os indivíduos com idades entre os 18 e os 64 anos, e independentemente da idade, às subpopulações com história de utilização de drogas (anualmente) e utentes dos centros de aconselhamento e diagnóstico precoce da infeção por VIH, entre outros (24). Os CAD's são centros de diagnóstico que permitem o acesso voluntário, confidencial e gratuito ao teste do VIH, possibilitando a deteção precoce da infeção VIH, existindo um total de 16 estabelecimentos distribuídos por todo o território nacional (Viana do Castelo, Bragança, Braga, Porto, Aveiro, Viseu, Coimbra, Castelo Branco, Leiria, 3 em Lisboa, Évora, Beja, Setúbal e Faro).

O teste ao VIH mais comum é o teste aos anticorpos do VIH que verifica a espécie de proteína que o organismo produz em resposta à infeção VIH. Pode ser realizado com recurso a sangue, urina ou saliva e são necessários 3 meses (podendo ir até 6) desde o momento da infeção até ao momento em que o corpo produz anticorpos suficientes para serem detetados no teste, no chamado de período de janela. Os resultados do teste aos anticorpos do VIH ficam disponíveis em alguns dias. Há, no entanto, um teste rápido aos anticorpos do VIH que permite ter o resultado em meia hora (5). Para determinação inicial da infeção por VIH são indicados os testes serológicos de 4ª geração, onde se pesquisam em simultâneo anticorpos anti-VIH 1 e anti-VIH 2 e antigénio p24. Se o teste for reativo deve ser repetido em duplicado, e se pelo menos um deles for reativo deve ser efetuado um teste rápido serológico de discriminação VIH-1/VIH-2, se nenhum deles for reativo, o indivíduo é VIH-negativo (24). Se o resultado do teste for positivo, o tratamento médico imediato pode retardar o aparecimento da SIDA e prevenir alguns fatores que comprometem a vida (5, 24). Neste sentido, o indivíduo deve ser referenciado para consulta num hospital da “Rede Nacional Hospitalar de Referenciação para a infeção por VIH” com reconhecimento no tratamento da infeção, a efetivar no prazo máximo de sete dias (25). O rastreio laboratorial deve estar associado a um processo célere de referenciação hospitalar das pessoas com teste reativo, permitindo a rápida confirmação laboratorial da infeção e o seu acompanhamento nas unidades hospitalares, com benefício clínico das pessoas infetadas e epidemiológico de toda a comunidade.

A rede de referenciação pressupõe a liberdade de escolha do utente em relação ao hospital onde pretende ser acompanhado clinicamente, e integra na região Norte e Centro de Portugal: unidades locais (5 no norte e 2 no centro), com regime de seguimento em ambulatório; as unidades de referência (2 no Norte e 1 no Centro), com tratamento e seguimento de utentes com a infeção e suas complicações, ao nível ambulatório e em

internamento; os centros de elevada diferenciação (2 no Norte e 1 no Centro), com prestação de todos os cuidados necessários associados à infeção e às suas complicações (26). A “Rede de Referência VIH/SIDA” está articulada com o sistema eletrónico de referência dos pedidos de primeira consulta de especialidade hospitalar através da “Consulta a Tempo e Horas” (25). O sistema informático SI.VIDA permite a monitorização e avaliação em meio hospitalar destes indivíduos (27).

Apesar de não existir cura para o VIH, a terapêutica antirretrovírica pode ajudar o indivíduo a ter carga viral indetetável e uma vida mais longa e com mais qualidade (5). O tratamento é um elemento fulcral para assegurar o controlo da doença, a melhoria do prognóstico e o controlo da epidemia, e deve ser dispensado ao utente por um período mínimo de 90 dias, garantindo um seguimento adequado da resposta ao tratamento e impedindo o recurso a consultas médicas desnecessárias ou deslocações clinicamente injustificadas (27).

O diagnóstico precoce permite não só adotar práticas impeditivas da transmissão da infeção, dado que imediatamente após a infeção, o nível de VIH no organismo é muito elevado, potenciando o risco de transmissão, mas também iniciar o tratamento o mais precocemente possível (5).

Os UD podem reduzir o risco de infeção pelo VIH se iniciarem o tratamento para abuso de substâncias, reduzirem o risco de transmissão sexual da infeção com a utilização de preservativo, pararem de utilizar e injetar drogas, e no caso de não poderem ou não quererem deixar de injetar drogas: não devem reutilizar ou partilhar as seringas, água ou material de preparação de drogas; utilizar seringas de fontes fiáveis, novas e esterilizadas; utilizar água esterilizada na preparação das drogas, utilizar recipientes novos ou desinfetados, desinfetar o local da injeção antes da aplicação; e depositar as seringas em local seguro após a utilização (5).

Existe a nível nacional uma rede de referência para o tratamento dos comportamentos aditivos e das dependências que permite o acesso dos doentes aos cuidados e serviços de que necessitam, e a garantia de acesso aos cuidados de saúde integrados (28). Na região Norte e Centro do país os UD têm acesso a cuidados de saúde e a cuidados sociais nas 44 Equipas de Tratamento (ET) que fazem a identificação e o encaminhamento especializado dos que vivem com a infeção pelo VIH, das quais 26 localizam-se na região Norte (23 ET e 3 consultas descentralizadas) e 18 na região Centro (12 ET, 5 centros de saúde e 1 consulta descentralizada) (29). Na primeira visita a uma destas equipas o utente preenche um formulário com os dados pessoais e é avaliado por um profissional de saúde que analisa a sua motivação para modificar o comportamento de risco. O tratamento de substituição de opioides obriga o utente a deslocações diárias às ET para que lhe seja fornecida a dose de metadona, e semanalmente tem de fazer um teste de urina para identificação de drogas. Desde 2007 as ET incentivam os utentes a realizar o teste rápido para identificação do VIH

e outros exames analíticos para deteção de hepatite B e C, sífilis e tuberculose (12). Em 2013, as ET distribuídas pelo país registaram um total de 4138 utentes com uma idade média de 36 anos, dos quais 88% eram do sexo masculino (6).

## **2. Objetivos**

### **2.1. Objetivo geral**

Conhecer a qualidade de vida e seus determinantes entre utilizadores de drogas VIH positivos e VIH negativos, recrutados entre agosto de 2009 e junho de 2010 nas equipas de tratamento da região Norte e Centro de Portugal.

### **2.2. Objetivos específicos**

- Caracterizar epidemiologicamente a amostra em estudo, estratificada por estatuto serológico do VIH.
- Comparar a qualidade de vida dos utilizadores de drogas VIH positivos com os utilizadores de drogas VIH negativos nos domínios: físico; psicológico; nível de independência; relações sociais; ambiente; espiritualidade, religião e crenças pessoais; e na faceta geral (qualidade de vida global e perceção geral de saúde).
- Conhecer os determinantes sociodemográficos, comportamentais e clínicos associados à qualidade de vida dos utilizadores de drogas VIH positivos e VIH negativos.

## **3. Materiais e Métodos**

### **3.1. Descrição do estudo**

#### **3.1.1. Tipo de estudo**

Fez-se um estudo epidemiológico transversal do tipo observacional analítico. O estudo teve uma componente descritiva que descreve as variáveis em estudo, e uma componente analítica que verifica a existência de associações entre algumas variáveis.

### **3.1.2. População alvo e amostra**

A população alvo foram os UD maiores de 18 anos, que frequentavam as Equipas de Tratamento da região Norte e Centro do país, que incluíam a Unidade de Doenças Infeciosas do Hospital São João, o Hospital Joaquim Urbano, o Hospital Distrital do Fundão, a Prisão de Chaves, a Polícia de Fafe, a Casa Vila Nova no Porto, as Unidades Móveis do Porto e a Consulta Descentralizada de Barcelos.

A amostra era formada por 371 UD, recrutados entre agosto de 2009 e junho de 2010 nas ET citadas anteriormente. Alguns indivíduos podiam frequentar mais do que uma ET, mas não há duplicados na amostra.

### **3.1.3. Pré-teste do questionário: questionário piloto**

Foi realizado pela equipa do Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (ISPUP), responsável pelo recrutamento dos indivíduos, um estudo piloto com a finalidade de testar a validade e a consistência do instrumento de avaliação da investigação (questionário). O pré-teste permitiu avaliar a adequação do instrumento à finalidade desejada, evitar perdas de tempo, dinheiro e frustrações com resultados insatisfatórios. Foi selecionada uma amostra que reunia as características definidas nos critérios de seleção dos indivíduos. Houve um período de teste em agosto de 2009, no qual foram entrevistados utentes seropositivos para o VIH do Serviço de Doenças Infeciosas do Hospital de S. João no Porto, que se disponibilizaram para participar. A amostra era formada por oito seropositivos (seis homens e duas mulheres). O pré-teste ao questionário permitiu retirar orientações sobre o tempo necessário à entrevista, a aceitabilidade do questionário, se é entendível por todos e por todos da mesma maneira, se mede de facto o que se pretendia medir e se as perguntas funcionavam bem com os participantes. Também permitiu esclarecer se nas perguntas fechadas havia lugar para todas as respostas, se havia perguntas sistematicamente não respondidas ou mal respondidas, e clarificou se o manual de entrevistador, elaborado especificamente para este estudo, permitia dar o treino adequado ao entrevistador na colheita de dados. Após esta etapa houve necessidade de reformular algumas perguntas e modificar a estrutura (12).

### **3.1.4. Recrutamento da amostra**

O recrutamento foi feito de forma a identificar os indivíduos elegíveis que fossem VIH+. Para tal, foi pedido aos técnicos dos locais anteriormente referidos que elaborassem uma lista

dos seus utentes VIH+, com menos de cinco anos de diagnóstico, e foi pedido que informassem a equipa de investigação das datas das consultas. O estado serológico VIH+ era conhecido através de um teste rápido realizado anualmente na ET, com posterior confirmação laboratorial num dos hospitais da rede nacional hospitalar para a infeção por VIH. Os indivíduos elegíveis VIH- foram igualmente recrutados nos mesmos locais e de forma sequencial, após identificação pelos técnicos. Tendo sido prevista a inclusão de cerca de 200 VIH-, com uma proporção de 2 VIH- para 1 VIH+.

Os indivíduos foram convidados a participar no estudo, nos dias em que tinham consulta médica nos serviços das ET onde estavam inscritos. Caso aceitassem participar, era agendada a entrevista que podia realizar-se no próprio dia ou noutra, de acordo com a disponibilidade do participante. No caso dos participantes faltarem à entrevista, o procedimento tomado era saber quando seria a próxima consulta para se poder voltar a agendar a mesma ou, no caso de serem utentes que frequentassem diariamente a ET devido ao tratamento de substituição opiácea, um dos inquiridores regressava no dia seguinte para os abordar.

Os UD foram recrutados nas ET existentes à data da entrevista na região Norte e Centro de Portugal. As entrevistas tiveram lugar em 13 das 14 ET da região Norte e em 9 das 10 ET da região Centro.

### **3.1.5. Critérios de inclusão**

O estudo foi proposto a todos os indivíduos inscritos nas instituições selecionadas (ET da região Norte e Centro do país, que incluíam o Hospital Joaquim Urbano, o Hospital Distrital do Fundão, a Prisão de Chaves, a Polícia de Fafe, a Casa Vila Nova no Porto, as Unidades Móveis do Porto e a Consulta Descentralizada de Barcelos) que em algum momento das suas vidas tinham consumido drogas (independentemente do tipo de droga, da via de administração e da duração do consumo), e que tinham à data do recrutamento idade igual ou superior a 18 anos. Os UD VIH+ tinham de ter o diagnóstico no máximo há cinco anos, permitindo assim não só aumentar o número de UD elegíveis para maximizar a adesão, mas também incluir os indivíduos com sobrevivência elevada a longo prazo.

Os UD VIH- tinham de ter realizado o último teste para o VIH nos 12 meses anteriores à data da entrevista, pois está protocolado os utentes fazerem um teste anual na ET, e no caso de não terem nenhum realizado nesse período, era-lhes feito um teste rápido no momento da entrevista, retomando a entrevista depois de conhecido o resultado. No caso do teste rápido dar positivo, aguardava-se a posterior confirmação laboratorial.

### 3.1.6. Critérios de exclusão

Foram excluídos da amostra os UD pertencentes às ET de Bragança (região Norte) e Figueira da Foz (região Centro) por, à data do recrutamento entre agosto de 2009 e junho de 2010, não terem registo de nenhum utente diagnosticado com VIH+.

Os oito utentes VIH+ do estudo piloto, recrutados no Hospital S. João do Porto, foram igualmente excluídos do estudo.

## 3.2. Dados

### 3.2.1. Instrumentos de recolha de dados

A recolha de dados foi feita com recurso a dois questionários estruturados, um para os UD VIH seropositivos e outro para os UD VIH seronegativos. Estes questionários, foram concebidos pela equipa de investigadores do ISPUP, responsável pelo recrutamento da coorte, e tinham o objetivo de recolher uma ampla variedade de informação epidemiológica.

Em específico os questionários continham:

- Caracterização sociodemográfica tendo por base a aplicação de questões incluídas no Inquérito Nacional de Saúde.
- Para avaliar a QdV dos VIH+ utilizou-se a versão em português europeu do *WHOQOL-HIV-Bref* da OMS. O instrumento apresenta uma organização que permite avaliar o impacto da infeção VIH na QdV em seis domínios: físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente, aspetos associados à espiritualidade, religião e crenças pessoais e faceta geral. O *WHOQOL-HIV-Bref* é constituído por 31 perguntas: 29 facetas específicas que correspondem a 29 perguntas, das quais 24 são provenientes do *WHOQOL-100* (medida genérica de avaliação da QdV da OMS) e 5 são específicas para o VIH/SIDA (inseridas nos domínios físico, relações sociais e espiritualidade), e uma faceta de âmbito mais geral que inclui 2 perguntas para avaliar a QdV global e a perceção geral de saúde. O instrumento *WHOQOL-HIV-Bref* está validado apenas para a população VIH+ portuguesa (30). Aos UD VIH- foi administrado o *WHOQOL-Bref*, validado para a população VIH- portuguesa (31), e consiste no *WHOQOL-HIV-Bref* mas retirando do questionário as cinco perguntas direcionadas para os seropositivos. As perguntas dos questionários foram formuladas para quatro escalas de resposta (intensidade, capacidade, frequência e avaliação) de cinco pontos, e estão enunciadas de forma positiva e negativa. Quanto mais alto o valor obtido na média da QdV, maior a satisfação dos UD. As características psicométricas dos instrumentos foram avaliadas por estudos de

precisão e de validade que demonstraram ter bons valores de consistência interna, validade discriminante e validade de construto, tornando-se uma medida adequada para avaliação da QdV em Portugal, nesta população específica. A sua essência transcultural permite ainda a comparação dos resultados em estudos internacionais.

- Os restantes instrumentos estão validados e resultaram de uma revisão da literatura.

A informação recolhida pela equipa foi registada em papel e posteriormente convertida, através do sistema de leitura ótica, numa base de dados no *Access (Microsoft Office Access 2007)*.

Para reduzir o viés do entrevistador, a equipa de investigação preparou um “Manual de entrevistador” onde consta a definição das variáveis usadas nos questionários, assim como a forma como devem ser colocadas com recurso a texto e figuras para acompanhar algumas questões.

### **3.2.2. Recolha de dados**

A informação necessária para responder aos objetivos de investigação sobre a QdV dos UD VIH+ e VIH- foi recolhida através de dois questionários estruturados numa entrevista “face a face”, conduzida por uma equipa de inquiridoras do ISPUP, treinadas para o efeito. As entrevistas foram individuais, realizadas em espaço reservado com ambiente acolhedor e confortável. Foi efetuada num único encontro com a duração média de 40 minutos.

### **3.3. Ética**

Para o recrutamento da coorte foi pedido em 2009 aprovação à Comissão de Ética para a Saúde do Hospital S. João; aos Diretores Clínicos do Serviço de Doenças Infecciosas do Hospital Joaquim Urbano e do Hospital S. João para poder conduzir o estudo nos seus pacientes em ambulatório; e à Comissão Nacional de Proteção de Dados. Todas estas entidades deram parecer positivo para que se iniciasse o estudo. O Diretor-Geral do SICAD (antigo Instituto da Droga e Toxicodependência) deu permissão para a realização do estudo nas ET.

Os participantes voluntários assinaram a Declaração de Consentimento Informado, Livre e Esclarecido (Anexo 1), cujo modelo foi elaborado de acordo com a Declaração de Helsínquia e a Convenção de Oviedo.

Todas as questões éticas foram salvaguardadas (Anexo 2).

### 3.4. Análise e tratamento estatístico dos dados

Com a definição e operacionalização das variáveis em estudo (Anexo 3), e com a informação introduzida numa base de dados construída com recurso ao programa informático Access, os dados foram posteriormente exportados para o programa estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 22, e para o programa estatístico R versão 3.2.3, onde se efetuaram as análises estatísticas. Foi feita revisão manual de todos os dados.

Inicialmente fez-se uma primeira análise descritiva simples das variáveis em estudo para caracterização basal da amostra: nas variáveis contínuas usou-se a média e o desvio-padrão, e nas variáveis categóricas apresentaram-se as frequências relativas e absolutas (representadas em quadros). Para as comparações entre o grupo dos UD VIH+ e dos UD VIH- usaram-se os Testes de hipóteses do Qui-quadrado ou Teste de Fisher, de acordo com as situações.

Em seguida procedeu-se à estatística descritiva (média, desvio-padrão, valor mínimo e valor máximo) dos domínios do instrumento de avaliação da QdV. Cada uma das questões estava individualmente pontuada numa escala tipo *likert* de 5 pontos, onde os resultados foram transformados numa escala de 4 a 20, em que 4 indica perceções baixas e negativas e 20 perceções altas e positivas (melhor QdV). Apesar de não existir ponto de corte que determine uma pontuação abaixo ou acima do qual se possa avaliar a QdV como “boa” ou “má”, tornou-se a pontuação de 12 como ponto de corte. Recorreu-se ao Teste de *Mann-Whitney* para comparar os domínios e a faceta geral da QdV entre os UD VIH+ e UD VIH-. Recorrendo ao modelo de regressão múltipla multivariada, avaliou-se o efeito simultâneo de várias variáveis sociodemográfica, comportamentais e clínicas (Anexo 4) sobre os seis domínios e a faceta geral. Também foram considerados na análise fenómenos de interação. A significância dos efeitos preditores foi calculada pelo método *Manova* (análise múltipla da variância), por meio do teste de *Wilks*. O modelo final foi realizado com recurso ao método *Backward Stepwise* juntamente com considerações sociodemográficas, comportamentais e clínicas. O algoritmo foi aplicado ao modelo contendo todas as variáveis explicativas cujos efeitos brutos apresentaram um valor-p inferior a 0,1.

Para a análise estatística dos dados considerou-se um nível de significância de 5%.

## 4. Resultados

### 4.1. Distribuição da amostra por região do país

Foram inquiridos 371 UD que frequentavam as ET da região Norte e Centro do país, 116 (31,3%) eram VIH+ e 255 (68,7%) eram VIH-. Dos inquiridos, 250 (67,4%) eram da região Norte [88 (35,2%) eram VIH+ e 162 (64,8%) eram VIH-] e 121 (32,6%) eram da região Centro [28 (23,1%) eram VIH+ e 93 (76,9%) eram VIH-] de Portugal (Quadro 1).

Quadro 1. Distribuição dos utentes pelas Equipas de Tratamento da região Norte e Centro de Portugal, 2009 e 2010

Região de Portugal	Equipa de Tratamento	Estado serológico		
		VIH +	VIH -	Total
Norte	Casa Vila Nova no Porto	2	0	2
	Consulta descentralizada de Barcelos	2	4	6
	Equipas de tratamento do Norte	53	144	197
	Hospital Joaquim Urbano	27	7	34
	Polícia de Fafe	2	5	7
	Prisão de Chaves	1	0	1
	Unidades móveis do Porto	1	2	3
	Total	88	162	250
Centro	Equipas de tratamento do Centro	27	93	120
	Hospital Distrital do Fundão	1	0	1
	Total	28	93	121
Norte e Centro	Total	116	255	371

### 4.2. Caracterização sociodemográfica

Dos 371 UD inquiridos, 314 (84,6%) eram homens (95 VIH+ e 219 VIH-) e 57 (15,4%) eram mulheres (21 VIH+ e 36 VIH-). Em geral os UD tinham entre 18 e 59 anos de idade (média=37,53, desvio padrão=7,0), e mais especificamente os indivíduos VIH+ tinham entre 23 e 56 anos (média=38,72, desvio padrão=6,86) e os indivíduos VIH- tinham entre 18 e 59 anos (média=36,98, desvio padrão=8,01).

Independentemente do estado serológico, a maior percentagem dos UD: era do sexo masculino (84,6%); com idade compreendida entre os 32 e os 45 anos (63,3%); portugueses (91,6%); com um nível de escolaridade médio (58%); nos últimos seis meses à data do

questionário viviam numa casa ou apartamento (83,36%); não tinham companheiros(as) afetivos (80,6%), mas viviam acompanhados por outras pessoas (72,5%); desempregados (71,4%) a subsistir de benefícios sociais (53,9%), e com um montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar superior a 500€ (36,1%). A maioria dos indivíduos tinha menos de quatro pessoas a depender desse rendimento (71,2%) e não tinham filhos (50,7%).

Dentro do grupo dos UD VIH+ 81,9% eram homens, com idade entre os 32 e os 45 anos (70,7%), portugueses (88,8%) e com um nível de escolaridade intermédio (56%). A maioria dos indivíduos vivia acompanhado (65,5%) em casa ou apartamento próprio (69,8%). Não tinham companheiros afetivos (87%), mas mais de metade tinham filhos (50,9%). A maior percentagem dos VIH+ não tinha emprego (75,9%), eram dependentes de benefícios fiscais (65,5%) e recebiam menos de 250€ (43,1%) para pelo menos três pessoas (75%) viverem desse rendimento mensal.

No que concerne aos UD VIH-, e à semelhança dos VIH+, também prevalecia o sexo masculino (85,9%), com idades compreendidas entre os 32 e os 45 anos (60%), portugueses (92,9%), sem companheiros afetivos (77,6%), com um nível de escolaridade intermédio (58,8%) e viviam acompanhados (75,7%) em casa própria (89,4%). A maioria dos indivíduos não tinha emprego (69,4%) e recebiam benefícios sociais (48,6%), dos quais dependiam menos de 4 pessoas (69,4%). Os indivíduos VIH- diferiam dos VIH+ no montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar e no número de filhos, sendo que na sua maioria os VIH- tinham um rendimento superior a 500€ (43,1%) e não tinham filhos (51,4%).

A análise do teste de hipóteses mostrou que haviam diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) entre as variáveis: “idade” ( $p = 0,020$ ), “estado civil” ( $p = 0,034$ ), “local de residência nos últimos seis meses” ( $p = 0,000$ ), “escolaridade” ( $p = 0,032$ ), “situação profissional” ( $p = 0,015$ ), “principal fonte de rendimento” ( $p = 0,010$ ) e “montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar” ( $p = 0,000$ ), e o estado serológico para o VIH dos UD (Quadro 2). No Quadro seguinte verificou-se de que forma estas variáveis estavam associadas ao estado serológico. Havia uma maior proporção de indivíduos VIH- no grupo etário dos 18 aos 31 anos (81,2%), e de indivíduos VIH+ no grupo dos 32 aos 45 anos de idade (34,9%). A proporção de indivíduos solteiros, divorciados, separados ou viúvos foi estatisticamente superior nos UD VIH+ (33,8%), enquanto os casados ou em união de facto foi mais frequente nos UD VIH- (79,2%). Residir num quarto arrendado por dia, num abrigo, numa residência do Estado (56,1%) ou em outro local (66,7%), que não especificado no questionário, foi mais frequente nos indivíduos VIH+. Pelo contrário, os indivíduos VIH- são os que mais frequentemente vivem em casa própria ou arrendada (73,8%). Os níveis de escolaridade intermédios foram estatisticamente mais frequentes entre os VIH+ (39,4%) e os

níveis de habilitações superiores estatisticamente mais frequente nos VIH- (80,8%). O exercício de uma profissão a tempo inteiro, por tempo parcial, ou por conta própria foi mais frequente entre os VIH- (80,5%), e nos VIH+ a maior proporção era de estudantes, reformados ou incapacitados (42,9%). Os benefícios sociais foram a principal fonte de rendimento estatisticamente mais frequente entre os VIH+ (38,0%), enquanto os indivíduos VIH- eram os que mais auferiam um salário (83,8) por possuírem um emprego com salário fixo, um emprego temporário, um trabalho em negócio de família ou um trabalho por conta própria. O montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar também esteve associado ao estado serológico, pois eram sobretudo os VIH+ quem tinham de viver com menos de 250 € mensais (48,5%), e os indivíduos VIH- auferiam mais de 500 € (82,1%).

**Quadro 2. Características sociodemográficas dos Utilizadores de Drogas e associação entre as variáveis e o estado serológico.**

Variável	VIH + n (% em linha)	VIH - n (% em linha)	valor-p *
<b>Sexo</b>			0,352
Masculino	95 (30,3)	219 (69,7)	
Feminino	21(36,8)	36 (63,2)	
<b>Idade</b>			<b>0,020</b>
18 - 31	15 (18,8)	65 ( <b>81,2</b> )	
32 - 45	82 ( <b>34,9</b> )	153 (65,1)	
46 - 59	19 (33,9)	37 (66,1)	
<b>Nacionalidade</b>			0,224
Portuguesa	103 (30,3)	237 (69,7)	
Outra	13 (41,9)	18 (58,1)	
<b>Estado civil</b>			<b>0,034</b>
Solteiro ou Divorciado / Separado / Viúvo	101 ( <b>33,8</b> )	198 (66,2)	
Casado / União de facto	15 (20,8)	57 ( <b>79,2</b> )	
<b>Local de residência nos últimos 6 meses</b>			<b>0,000</b>
Casa ou apartamento próprio ou do(a) companheiro(a) / Casa ou apartamento arrendado / Casa ou apartamento de outras pessoas	81 (26,2)	228 ( <b>73,8</b> )	
Quarto arrendado por dia / Abrigo ou residência do Estado	23 ( <b>56,1</b> )	18 (43,9)	
Sem morada fixa / Prisão	4 (44,4)	5 (55,6)	
Outro	8 (66,7)	4 (33,3)	
<b>Vive só</b>			0,054
Sim	40 (39,6)	61 (60,4)	
Não	76 (28,3)	193 (71,7)	
Não respondeu	0 (0,0)	1 (100,0)	
<b>Tem filhos</b>			0,819
Sim	59 (32,4)	123 (67,6)	
Não	57 (30,3)	131 (69,7)	
Não respondeu	0 (0,0)	1 (100,0)	

<b>Número de filhos</b>			0,739
0	1 (14,3)	6 (85,7)	
1	32 (34,0)	62 (66,0)	
≥2	26 (32,5)	54,0 (67,5)	
Não Respondeu	57 (30,0)	133 (70,0)	
<b>Escolaridade</b>			<b>0,032</b>
Não sabe ler nem escrever / Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau / Não completou o ensino básico / Ensino básico (1º ciclo)	41 ( <b>39,4</b> )	63 (60,6)	
Ensino básico (2º ciclo) / Ensino básico (3º ciclo)	65 (30,2)	150 (69,8)	
Ensino secundário / bacharelato / Licenciatura / Outro	10 (19,2)	42 ( <b>80,8</b> )	
<b>Situação profissional</b>			<b>0,015</b>
Exerce uma profissão a tempo inteiro / Exerce uma profissão a tempo parcial / Exerce uma profissão por conta própria	15 (19,5)	62 ( <b>80,5</b> )	
Desempregado, mas à procura de emprego / Desempregado, sem estar à procura de emprego	88 (33,2)	177 (66,8)	
Estudante / reformado / Incapacitado	12 ( <b>42,9</b> )	16 (57,1)	
Não respondeu	1 ( <b>100,0</b> )	0 (0,0)	
<b>Principal fonte de rendimento</b>			<b>0,010</b>
Emprego com salário fixo / Emprego em situação temporária / Trabalho em negócio de família / Trabalho por conta própria	12 (16,2)	62 ( <b>83,8</b> )	
Benefícios sociais	76 ( <b>38,0</b> )	124 (62,0)	
Rendimentos de familiares / Bolsa ou Empréstimo estudantil	8 (26,7)	22 (73,3)	
Não tem	17 (30,9)	38 (69,1)	
Outro	(25,0)	9 (75,0)	
<b>Montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar</b>			<b>0,000</b>
<250€	50 ( <b>48,5</b> )	53 (51,5)	
251€ a 500€	23 (26,1)	65 (73,9)	
>501€	24 (17,9)	110 ( <b>82,1</b> )	
Não sabe	9 (32,1)	19 (67,9)	
Não respondeu	10 ( <b>55,6</b> )	8 (44,4)	
<b>Quantas pessoas dependem/vivem desse rendimento</b>			0,197
≤3	87 (33,0)	177 (67,0)	
4 a 6	15 (22,1)	53 (77,9)	
≥7	1 (16,7)	5 (83,3)	
Não respondeu	13 (39,4)	20 (60,6)	

\* Nível de significância de 5% ( $\alpha= 0,05$ )

Legenda: n - número de casos válidos; % - percentagem

### 4.3. Qualidade de Vida

No Quadro 3 estão representados os resultados obtidos da perceção subjetiva dos UD, por estado serológico do VIH, em relação à sua QdV nos seis domínios e na faceta geral. Os domínios percecionados com menor satisfação nos VIH+ foi o domínio ambiente (M=12,50)

e a faceta geral (M=11,28), e nos VIH- foi o domínio relações sociais (M=13,46), o domínio ambiente (M=13,11) e a faceta geral (M=12,69). Pelo contrário, os domínios onde os VIH+ apresentaram maior pontuação na perceção da sua QdV foi no domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais (ERCP) (M=14,46) e no domínio nível de independência (M=14,16), e os VIH- apresentaram melhores pontuações nas médias de QdV no domínio nível de independência (M=15,41).

Quadro 3. Resultado da aplicação do instrumento *WHOQOL-HIV-Bref* e *WHOQOL-Bref*, 2009 e 2010.

Domínio	VIH +				VIH -			
	n	Min. - Max.	M	DP	n	Min. - Max.	M	DP
Físico	116	4,00-20,00	13,83	3,45	255	5,33-20,00	14,30	3,12
Psicológico	116	4,80-20,00	13,37	3,15	254	4,80-20,00	14,01	2,75
Nível de independência	116	7,00-20,00	<b>14,16</b>	3,11	255	6,00-20,00	<b>15,41</b>	2,63
Relações sociais	83	4,00-19,00	13,33	3,11	255	4,00-20,00	<b>13,46</b>	3,50
Ambiente	116	6,50-19,00	<b>12,50</b>	2,53	255	7,00-19,00	<b>13,11</b>	2,25
Espiritualidade, religião e crenças pessoais	116	5,00-20,00	<b>14,46</b>	3,37	255	4,00-20,00	14,23	4,31
Faceta geral	116	4,00-18,00	<b>11,28</b>	3,19	255	4,00-20,00	<b>12,69</b>	2,84

Legenda: n- número de casos válidos em cada grupo, Min – Mínimo da escala de QdV, Max.- Máximo da escala de QdV, M- Média e DP- Desvio Padrão.

Há diferenças estatisticamente significativas ( $p < 0,05$ ) na perceção da QdV entre o grupo dos VIH+ e o grupo dos VIH- nos domínios nível de independência e ambiente e na faceta geral. Nestes dois domínios e na faceta geral os indivíduos VIH- (Md=16 e MO=199,96; Md=13 e MO=194,16; Md=12 e MO=201,16; respetivamente) apresentaram medianas da escala de QdV superiores aos indivíduos VIH+ (Md=14 e MO=155,31; Md=12,50 e MO=168,06; Md=12 e MO=152,68; respetivamente), (Quadro 4).

Quadro 4. Comparação do instrumento *WHOQOL-HIV-Bref* e *WHOQOL-Bref*, 2009 e 2010.

Domínio	VIH +			VIH -			U	valor-p *
	n	Md	MO	n	Md	MO		
Físico	116	14,00	175,93	255	14,67	190,58	13621,5	0,221
Psicológico	116	13,60	171,13	254	14,40	192,06	13064,5	0,079
Nível de independência	116	<b>14,00</b>	<b>155,31</b>	255	<b>16,00</b>	<b>199,96</b>	11230,5	<b>0,000</b>
Relações sociais	83	14,00	167,49	255	13,33	170,15	10415,5	0,828
Ambiente	116	<b>12,50</b>	<b>168,06</b>	255	<b>13,00</b>	<b>194,16</b>	12708,5	<b>0,029</b>
Espiritualidade, religião e crenças pessoais	116	15,00	186,80	255	16,00	185,64	14697	0,921
Faceta geral	116	<b>12,00</b>	<b>152,68</b>	255	<b>12,00</b>	<b>201,16</b>	10925	<b>0,000</b>

\* Nível de significância de 5% ( $\alpha=0.05$ )

Legenda: n- número de casos válidos em cada grupo, Md – Mediana, MO – Média das ordens e U - Estatística de teste de *Mann-Whitney*.

Das variáveis sociodemográficas e clínicas analisadas (Quadro 5), apenas a “escolaridade”, o “montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar”, a autoperceção do “estado de saúde” e a presença de “tuberculose ou hepatite B ou hepatite C”, mostraram ter resultados estatisticamente significativos ( $p<0,05$ ) capazes de influenciar a QdV dos UD. Estas quatro variáveis poderão explicar as alterações nos domínios da QdV dos indivíduos VIH+ e VIH-.

**Quadro 5. Resultado do Teste de Wilks para cada uma das regressões multivariadas dos seis domínios e da faceta geral, em simultâneo sobre cada uma das variáveis explicativas.**

<b>Variáveis</b>	<b>Regressão simples valor-p *</b>	<b>Regressão múltipla valor-p *</b>
Sexo	0,295	
Idade	0,160	
Estado civil	0,085	
No último ano com que frequência bebeu ≥12 bebidas alcoólicas num único dia	0,833	
Alguma vez injetou drogas	0,095	
Alguma vez recebeu tratamento ou apoio relacionado com a toxicodependência	0,939	
VIH	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Escolaridade	<b>0,068</b>	<b>0,023</b>
Montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,002</b>
Como descreveria o seu estado de saúde atual	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Como descreveria o seu estado de saúde atual*VIH	<b>&lt;0,001</b>	<b>&lt;0,001</b>
Alguma vez teve Tuberculose ou Hepatite B ou Hepatite C	<b>&lt;0,001</b>	<b>0,003</b>

\* Nível de significância de 5% ( $\alpha=0.05$ )

O Quadro 6 mostra os seis domínios e a faceta geral sobre os quais as quatro variáveis explicativas (Quadro 5) influenciam positivamente ou negativamente a QdV dos UD. Qualquer efeito enunciado, para cada um dos seis domínios e faceta geral, pressupõem que os valores das restantes variáveis são mantidos constantes.

O estado serológico apenas teve influencia no domínio ERCP (estatisticamente significativa,  $p<0.001$ ), ou seja, os indivíduos VIH- (coeficiente=-5.105) percecionaram a sua QdV como sendo inferior aos VIH+ unicamente neste domínio.

O estado serológico também teve um efeito significativo na variável “Como descreveria o seu estado de saúde atual”, sendo as restantes variáveis independentes do estado de infeção pelo VIH. No modelo estatístico, os indivíduos VIH- com autoperceção do seu estado de saúde como “mau” sentiram que a sua QdV era negativamente influenciada em todos os domínios (físico: coeficiente=-1.538,  $p=0.018$ ; psicológico: coeficiente=-1.352,  $p=0.015$ ; nível de independência: coeficiente=-1.352,  $p=0.025$ ; relações sociais: coeficiente=-2.696,  $p=0.003$ ; ambiente: coeficiente=-2.636,  $p<0,001$  e ERCP: coeficiente=-2,912,  $p=0.008$ ) e na faceta geral (coeficiente=-4,440,  $p<0.001$ ), ou seja, sentem que têm

menor QdV que os VIH- que percecionaram o seu estado de saúde como “excelente”. Os indivíduos VIH- que percecionaram o seu estado de saúde como “razoável” também sentiram que a sua QdV era mais baixa no domínio psicológico (coeficiente=-1.424,  $p<0,001$ ), nível de independência (coeficiente=-0,782,  $p=0.010$ ), relações sociais (coeficiente=-1.826,  $p<0,001$ ), ambiente (coeficiente=-1.018,  $p=0.001$ ) e ERCP (coeficiente=-1.846,  $p<0,001$ ) e na faceta geral (coeficiente=-2.252,  $p<0,001$ ), que os indivíduos que tiveram percepção da sua saúde como “excelente”. Os inquiridos VIH+ que percecionaram o seu estado de saúde como “razoável” tiveram melhor QdV no domínio psicológico (coeficiente=1,664,  $p=0.013$ ) que os indivíduos VIH+ com percepção do estado de saúde “excelente”. Da mesma forma, os indivíduos VIH+ com percepção do estado de saúde como “mau” também tiveram melhor QdV no domínio ERCP [coeficiente=3,551,  $p=0.052$  (marginamente significativo dado que o valor-p é ligeiramente superior ao nível de significância estabelecido de 0,05)] que os indivíduos com percepção da saúde “excelente”.

Quando o rendimento do agregado familiar era baixo (<250 €), independentemente do estado serológico, os UD sentiram que a sua QdV, nos domínios nível de independência (coeficiente=-0.802,  $p=0.009$ ), relações sociais (coeficiente=-1.091,  $p=0.016$ ), ambiente (coeficiente=-1.057,  $p<0,001$ ) e faceta geral (coeficiente=-1.163,  $p<0,001$ ) estava diminuída, quando comparados com os indivíduos com rendimentos superiores (>500 €). Se o rendimento do agregado familiar se situava entre 250 e 500 €, os UD apenas sentiram que a sua QdV estava diminuída no domínio psicológico (coeficiente=-0,591,  $p=0.031$ ) quando comparados com os que recebiam rendimentos superiores.

Os níveis de escolaridade mais baixos (“não sabe ler nem escrever”, “sabe ler ou escrever, sem qualquer grau”, “não completou o ensino básico” e “ensino básico 1º ciclo”) influenciaram negativamente a QdV dos UD, independentemente do estado serológico, no domínio ambiente (coeficiente=-0,941,  $p=0.024$ ) e na faceta geral (coeficiente=-1,179,  $p=0.009$ ). Os níveis de escolaridade intermédia (“ensino básico 2º ciclo” e “ensino básico 3º ciclo”) apenas influenciaram negativamente a faceta geral (coeficiente=-0,886,  $p=0.028$ ) da QdV, quando comparados com os UD com níveis de escolaridade superiores (“ensino secundário”, “bacharelato”, “licenciatura” e outros).

Se em algum momento das suas vidas os UD tiveram tuberculose ou hepatite B ou hepatite C, a sua QdV no domínio nível de independência (coeficiente=-0,737,  $p=0.005$ ) e na faceta geral (coeficiente=-0,956,  $p=0.001$ ) foi percecionada como sendo inferior à QdV dos indivíduos que nunca tiveram nenhuma destas coinfeções.

Quadro 6. Influência das quatro variáveis explicativas sobre os seis domínios e a faceta geral da Qualidade de Vida, nos Utilizadores de Drogas (regressão múltipla multivariada), 2009 e 2010.

Domínio	Variável									
	VIH negativo	Tuberculose ou Hepatite B ou Hepatite C	Estado de saúde atual "Mau" VIH negativo	Estado de saúde atual "Razoável" VIH negativo	Estado de saúde atual "Mau" VIH positivo	Estado de saúde atual "Razoável" VIH positivo	Rendimento agregado: "<250"	Rendimento agregado: "250-500"	Escolaridade: "Não sabe ler nem escrever" / "Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau" / "Não completou o ensino básico" / "Ensino básico 1ºciclo"	Escolaridade: "Ensino básico 2º ciclo" / "Ensino básico 3º ciclo"
Físico	-0,962 (0,167)	-0,175 (0,539)	<b>-1,538</b> <b>(0,018)</b>	-0,410 (0,211)	0,578 (0,592)	0,454 (0,563)	-0,342 (0,297)	-0,182 (0,569)	0,249 (0,575)	0,095 (0,809)
Psicológico	-0,759 (0,201)	-0,061 (0,801)	<b>-1,352</b> <b>(0,015)</b>	<b>-1,424</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	-1,692 (0,067)	<b>1,664</b> <b>(0,013)</b>	-0,145 (0,605)	<b>-0,591</b> <b>(0,031)</b>	-0,153 (0,687)	0,096 (0,775)
Nível de independência	0,603 (0,349)	<b>-0,737</b> <b>(0,005)</b>	<b>-1,352</b> <b>(0,025)</b>	<b>-0,782</b> <b>(0,010)</b>	-1,128 (0,259)	0,085 (0,907)	<b>-0,802</b> <b>(0,009)</b>	-0,163 (0,583)	-0,038 (0,926)	0,011 (0,977)
Relações sociais	0,090 (0,925)	-0,687 (0,079)	<b>-2,696</b> <b>(0,003)</b>	<b>-1,826</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	0,112 (0,940)	0,747 (0,488)	<b>-1,091</b> <b>(0,016)</b>	-0,263 (0,549)	1,018 (0,094)	0,495 (0,359)
Ambiente	-0,503 (0,440)	-0,159 (0,551)	<b>-2,636</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	<b>-1,018</b> <b>(0,001)</b>	1,152 (0,255)	0,759 (0,302)	<b>-1,057</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	-0,528 (0,079)	<b>-0,941</b> <b>(0,024)</b>	-0,414 (0,263)
Espiritualidade, religião e crenças pessoais	<b>-5,105</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	0,217 (0,652)	<b>-2,912</b> <b>(0,008)</b>	<b>-1,846</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	<b>3,551</b> <b>(0,052)</b>	2,388 (0,072)	-0,986 (0,075)	-1,004 (0,064)	0,531 (0,478)	-0,073 (0,913)
Faceta geral	-0,082 (0,907)	<b>-0,956</b> <b>(0,001)</b>	<b>-4,440</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	<b>-2,252</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	-1,141 (0,299)	-0,109 (0,891)	<b>-1,163</b> <b>(&lt; 0,001)</b>	-0,432 (0,186)	<b>-1,179</b> <b>(0,009)</b>	<b>-0,886</b> <b>(0,028)</b>

Nota: Dentro de cada célula o primeiro valor corresponde ao coeficiente de determinação da análise e entre parêntesis ao valor-p, para um nível de significância de 5% ( $\alpha=0.05$ )

## 5. Discussão

O estudo permitiu caracterizar os utilizadores de drogas VIH positivos e VIH negativos da região Norte e Centro de Portugal e conhecer não só a sua qualidade de vida, mas também os determinantes que a poderiam influenciar.

Na análise dos resultados, verificou-se que a maioria dos UD que frequentavam as ET da região Norte e Centro do país eram do sexo masculino, com idade entre os 32 e os 45 anos, de nacionalidade portuguesa, viviam acompanhados em casas ou apartamentos, não tinham companheiros(as) afetivos(as), desempregados a subsistir com benefícios sociais, com baixo rendimento do agregado familiar do qual dependiam menos de quatro pessoas, e com um baixo nível de escolaridade. Os indivíduos VIH-, contrariamente aos VIH+, eram mais jovens (18 a 31 anos de idade), casados ou viviam em união de facto em casa própria ou arrendada, com níveis de escolaridade superiores, exerciam uma profissão da qual recebiam um salário que lhes permitia obter um rendimento do agregado familiar superior a 500 euros. Os UD VIH+ inquiridos eram um pouco mais velhos (32 a 45 anos de idade), na sua maioria sem companheiro(a) afetivo(a), viviam em quartos arrendados, abrigos ou residências do Estado, a única fonte de rendimento do agregado familiar inferior a 250 euros provinha na sua maioria de benefícios sócias, e tinham um baixo nível de escolaridade.

Os indivíduos VIH- sentiam que tinham menor QdV nos domínios nível de independência e ambiente e na faceta geral, quando comparados com os VIH+. Das variáveis analisadas somente a escolaridade, o rendimento do agregado familiar, a perceção do estado de saúde e a presença de outras coinfeções explicavam a maior ou menor QdV nos UD. Dos domínios da QdV, o único influenciado pelo estado serológico foi a ERCP, onde os VIH- percecionavam a sua QdV como inferior aos VIH+. Das variáveis capazes de explicar a maior ou menor QdV, somente a perceção do estado de saúde foi alterada pelo estado serológico, tendo os indivíduos VIH- menor QdV em todos os domínios e na faceta geral quando consideravam a sua saúde má, e os que pensavam ter uma saúde razoável apenas não tiveram afetado o domínio físico. Curiosamente os VIH+, que percecionavam a sua saúde como má, apresentaram melhor QdV no domínio ERCP, e os que percecionavam a saúde como razoável tiveram melhor QdV no domínio psicológico. No entanto, e independentemente do estado serológico, os rendimentos inferiores a 250 euros diminuíram a QdV dos UD no domínio nível de independência, relações sociais, ambiente e faceta geral. Quem auferia rendimento entre 250 e 500 euros apenas apresentava o domínio psicológico diminuído. Os níveis de escolaridade mais baixos e intermédios influenciaram negativamente a QdV na faceta geral, contudo a escolaridade mais baixa fez também diminuir a QdV no domínio ambiente. Se em algum momento da vida, o UD teve outra

infecção (tuberculose, hepatite B ou C), a QdV no nível de independência e na faceta geral ficou diminuída.

De um modo geral, o perfil sociodemográfico da amostra é semelhante ao observado em outros países: amostra na sua maioria do sexo masculino, com rendimentos baixos e baixa escolaridade (32, 33, 34).

Apesar de a literatura referir que a sobrecarga emocional nos indivíduos VIH+ é devida às limitações e implicações que a doença traz, o grau de angústia e sofrimento não foram elevados como se esperaria. A explicação poderá estar na aprendizagem que estes indivíduos tiveram de ter para conseguir conviver com a doença, relativizando a angústia e o sofrimento. Os problemas económicos verificados neste grupo muito provavelmente estavam relacionados com a baixa taxa de pessoas profissionalmente ativas (35).

Os resultados da investigação indicam que os UD apresentam pontuação da média, na escala da QdV, acima do ponto de corte em todos os domínios do *WHOQOL-HIV-Bref*, à exceção da faceta geral (qualidade de vida geral e perceção geral da saúde), onde os VIH+ apresentam pontuações mais baixas que o ponto de corte. O domínio com menor QdV nos dois grupos foi a faceta geral, o que vai ao encontro dos resultados da média mais baixa encontrada no estudo de validação do instrumento de medição da QdV em Portugal (30,35). Dos domínios analisados, destacou-se o nível de independência (mobilidade, atividade da vida quotidiana, dependência de medicação ou tratamento e capacidade de trabalho) (Anexo 5), pois foi o domínio que apresentou valores de média das pontuações mais elevados nos dois grupos. Estes resultados poderão indicar que os UD se sentem capazes de se deslocarem livremente de um local para o outro, dentro e fora de casa e sentem-se habilitados para desempenhar atividades do quotidiano.

No processo adaptativo à doença crónica, intervêm fatores físicos, cognitivos, emocionais, afetivo-relacionais e socioculturais, que podem favorecer ou não a QdV destas pessoas (36). Baixa perceção de QdV promove comportamentos menos adaptados à doença, comprometendo a sobrevivência dos seus portadores (35). Nos UD VIH+, o domínio psicológico (sentimentos positivos e negativos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência) (Anexo 5) foi mais afetado que o domínio físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso e também sintomas nos VIH+) (Anexo 5). Resultados similares foram encontrados num estudo internacional com indivíduos VIH+ não UD (37). Apesar da sintomatologia relacionada com o VIH estar a diminuir com as novas terapias, o estigma, discriminação e sentimentos de incerteza não estão a diminuir, afetando-os psicologicamente. A literatura indica haver uma influência positiva na QdV do aconselhamento de pares e do suporte social relacionado com o estigma dos UD e dos

VIH+, devendo ser aqui que as intervenções desenvolvidas pelas ET devem apostar os seus esforços. Os mesmos resultados verificaram-se nos UD VIH-, mostrando que também este grupo percebe a sua QdV psicológica como menor do que a QdV física. A saúde mental pode ser prejudicada se não forem utilizadas estratégias de confronto adequadas para lidar com a doença (35).

Nos UD VIH+ o domínio ERCP (crenças pessoais, religiosas e espirituais; medindo também nos VIH+ o perdão e culpa, preocupação sobre o futuro, morte e morrer) (Anexo 5) obteve resultados elevados de QdV, e foi o único domínio onde se verificaram diferenças estatisticamente significativas entre os dois grupos, mostrando que uma crença religiosa positiva os pode ajudar a superar o medo do futuro e da morte e sugere que a infeção pelo VIH vai mais além dos aspetos relacionados com a saúde física (35). Os resultados da investigação não vão ao encontro dos obtidos em estudos nacionais e internacionais realizado a indivíduos seropositivos não UD, onde os piores resultados obtidos foram precisamente no domínio ERCP e no domínio ambiente (segurança física e proteção, ambiente no lar, recursos económicos, disponibilidade e qualidade dos cuidados de saúde e sociais, ambiente físico com a poluição, barulho, trânsito e clima, transporte, participação em atividades recreativas, oportunidade para adquirir novas informações e competências) (Anexo 5) (30, 37). Tal poderá ser explicado pela falta de controlo sentimental e emocional ou seu suporte, tornando-os carentes, receando pelo futuro e morte, em virtude da doença (35). As crenças religiosas e espirituais têm vindo a demonstrar ser um recurso basilar na forma como as pessoas enfrentam os processos psicologicamente mais stressantes tais como a doença. Assim, a religião pode servir como um apoio social, dando uma sensação de conforto que ajuda na convivência com a infeção por VIH e permitindo o desenvolvimento da QdV. Desta forma seria relevante e produtivo a inclusão da religião e espiritualidade nos fatores protetores da saúde (34). A justificação para estes resultados não se assemelham aos encontrados num estudo português poderá dever-se ao facto de que esta amostra era constituída por UD, o que pode fazer com que estas pessoas façam menos esforços para regular os sentimentos e as ações na procura de suporte emocional (35). Ao contrário de uma investigação realizada em Portugal com indivíduos VIH+ onde o domínio físico obteve valores positivos de QdV, nesta amostra foram os domínios ERCP e o nível de independência quem apresentou valores de médias de QdV superiores (35). O mesmo se verificou num estudo brasileiro onde estes domínios apresentaram médias de QdV elevadas nos VIH+ (38). Possuir um nível de independência elevado favorece o processo de autonomia, levando a um contacto mais positivo com o sistema de saúde (36). Contudo, e à semelhança da investigação realizada com portugueses, também nesta amostra a faceta geral foi a que apresentou menor média de QdV, pois mais de metade dos inquiridos avaliou a sua QdV com valores mais baixos (35).

Nos UD VIH-, também o domínio ambiente e o domínio relações sociais (relações pessoais, apoio social, atividade sexual, medindo também nos VIH+ a inclusão social) (Anexo 5) apresentaram valores baixos de QdV. Apesar da média da QdV para o domínio ambiente ter sido baixo nos dois grupos, a maior percepção de QdV verificou-se nos UD VIH-, tal poderá dever-se à maior percentagem de indivíduos VIH- que vivem acompanhados em casa própria ou arrendada, permitindo-lhes diminuir os níveis de angústia e sofrimento, fazê-los sentirem-se mais satisfeitos com o ambiente que os rodeia e mais seguros nas suas habitações (35). Uma justificação para a baixa média de QdV verificada neste domínio nos UD em geral poderá dever-se a convicções de que o acesso aos cuidados de saúde lhes esteja limitado, à falta de liberdade e de segurança, e à falta de suporte familiar (39).

Independentemente do estado serológico, os UD apresentaram percepções de QdV no nível de independência elevados, o que poderá fazer com que sintam uma maior capacidade para enfrentar os seus problemas (35). Contudo, nos UD VIH-, a percepção de QdV neste domínio foi superior à verificada nos VIH+, podendo estar relacionado com a maior autonomia nas tarefas do dia-a-dia e a menor dependência de familiares, amigos e tratamentos médicos que sentem por não serem portadores de uma doença que os torna mais dependentes de terceiros (35). A maior independência por sua vez pode justificar que os UD VIH- tenham apresentado uma percepção de QdV no domínio relações sociais baixo, tornando-os mais isolados e sem necessidade de interagir com outras pessoas (35). Neste estudo os UD VIH- apresentaram piores médias de QdV no domínio relações sociais, o que não se verificou nos VIH+. Estes resultados vêm contrariar o observado num estudo realizado no Brasil onde eram os VIH+ quem apresentavam pior QdV neste domínio, o que talvez se devesse ao estigma e à discriminação de que seriam alvos, associado à dificuldade de dissociar o seu estado serológico da vida em sociedade, no trabalho, na família, com os amigos e com o parceiro sexual. Esta diferença encontrada na amostra poderá dever-se à menor consciencialização das consequências da doença ou a uma baixa descriminalização sentida pelos doentes em Portugal, no entanto, não é possível argumentar qual será o motivo real para esta diferença (38).

Em geral, o estudo revelou que os UD infetados pelo VIH percebem a sua QdV como inferior à dos não infetados. O aumento da expectativa de vida, relacionada com os medicamentos antirretrovirais, leva a mudanças na forma dos UD enfrentarem a infeção pelo VIH, pois veio alterar o paradigma da doença ser equivalente à morte, característica do início da epidemia. Desta forma, poderá ser compreensível que os VIH+ não apresentem valores muito díspares dos apresentados pelos VIH- nos diferentes domínios na QdV. Os VIH+ têm vindo a recuperar a sua capacidade de se relacionar, interagir, amar e trabalhar em sociedade, levando a que tenham percepções mais positivas da sua vida. Esta evidência faz com que o

foco do estudo que até à pouco tempo estava centrado em diminuir a incidência de doenças oportunistas, agora recaia sobre os fatores que promovem o bem-estar psicológico, a diminuição do preconceito com a infeção e a avaliação da QdV (35).

A análise da influência dos determinantes sociodemográficos, comportamentais e clínicos nos diferentes domínios da QdV permitiu concluir que as variáveis: escolaridade, rendimentos, autoperceção do estado de saúde e presença em algum momento de uma coinfeção (tuberculose ou hepatite B ou hepatite C) tiveram influência significativa na QdV dos UD. O mesmo não se verificou num estudo nacional realizado em 2014, onde não foram encontradas diferenças com significado estatístico entre os valores da QdV e as variáveis sociodemográficas. Este facto poder-se-á dever às características da amostra em estudo, pois é o único estudo nacional a analisar a QdV em UD VIH+. Avaliar a interação dos determinantes com a QdV é essencial para complementar a avaliação clínica do utente, uma vez que os aspetos independentes do estado clínico do doente (psicológicos e comportamentais) podem relacionar-se com a QdV dos infetados (40).

Um estudo sobre a QdV dos HIV+ realizado no Irão em 2011 concluiu que as pessoas com rendimentos mensais superiores reportaram uma melhor QdV no domínio nível de independência, o que vai ao encontro dos resultados obtidos neste estudo, onde os rendimentos baixos (inferiores a 250 euros) fizeram com que os UD, independentemente do estado serológico, percecionassem a sua QdV diminuída neste domínio (33). Os rendimentos baixos, à semelhança de um estudo indiano, fizeram com que as médias de QdV no domínio psicológico fossem mais baixas (39). Uma explicação para os rendimentos do agregado familiar influenciarem vários domínios poderá ser pela elevada percentagem de UD profissionalmente inativos. Estes resultados ressaltam a importância de proporcionar a estas pessoas uma atividade profissional como um importante passo para melhorar a sua QdV, para além de que lhes permitirá adquirir suporte social, identidade e realização pessoal (33).

A variável autoperceção do estado de saúde é a única que mostrou ser dependente do estado serológico. O estudo revelou que nos indivíduos VIH- a baixa perceção da saúde influenciou negativamente todos os domínios, ao contrário do que se verificou nos VIH+, onde nenhum dos domínios foi afetado pela perceção de saúde baixa, e pelo contrário, teve um impacto positivo no domínio psicológico. Seria de esperar que quem tem perceção da sua saúde mais baixa teria pior QdV, o que não se verificou nos VIH+. Nos UD VIH- perceções mais baixas do estado de saúde mostraram ter impacto negativo sobre o domínio psicológico, evidenciando-se aqui o conceito de psicossomatologia. Pontuações baixas no domínio psicológico revelam uma situação de medo, preocupação pela incerteza no futuro e uma flutuante situação de saúde. A sobrecarga emocional pode ser devida às incertezas

relativas à condição clínica, vida familiar, comportamentos a adotar, perturbações emocionais, discriminação, inquietações com o trabalho, falta de recursos pessoais e materiais para enfrentar determinadas situações (35). O domínio físico apenas foi negativamente influenciado pela baixa perceção do estado de saúde nos UD VIH-, contudo, seria espectável que fossem os VIH+ a ressentir mais os efeitos da doença na sua saúde física pois têm de conviver diariamente com as contrapartidas de serem portadores de uma doença crónica.

Níveis de escolaridade baixos tiveram um efeito positivo sobre a QdV no domínio relações sociais. A justificação poderá ser que, com menor escolaridade também haja menor literacia em saúde, e assim estes indivíduos não chegam a ter uma real perceção do seu estado de saúde e não se sintam tão inibidos no momento de estabelecerem relações interpessoais ou pedir apoio social. Na amostra verificou-se que piores níveis de escolaridade levam à diminuição da perceção de QdV no domínio ambiente e na faceta geral, estas conclusões vão ao encontro de resultados obtidos em estudos internacionais, onde níveis educacionais superiores influenciaram positivamente a QdV no domínio ambiente. O motivo poderá estar na condição de que pessoas com mais educação tomam atitudes baseadas em mais e melhores conhecimentos, e enfrentam a doença com mais positivismo (32,39).

Na análise da associação entre a presença de uma coinfeção por tuberculose ou hepatite B/C com a QdV verificou-se que os UD que em algum momento da sua vida tiveram uma destas infeções, avaliaram mais negativamente a faceta geral (QdV geral e perceção geral da saúde) e o domínio nível de independência. É provável que ter tido uma destas coinfeções faça o indivíduo sentir-se menos saudável e o torne mais dependente de terceiros. Num estudo internacional verificou-se que a presença de sintomas clínicos é um dos principais fatores relacionados com a QdV (41).

Contrariamente à literatura internacional, a idade e o sexo não são variáveis explicativas de alterações na QdV desta amostra de UD (23, 37).

## **5.1. Limitações**

Poderão ter ocorrido dois vieses de seleção: um pelo tipo de indivíduos que aceitaram participar no estudo, pois os UD que consideravam ter um bom estado de saúde podem ter tido uma maior predisposição para participar no estudo; e outro pela baixa representatividade da população feminina no estudo, com apenas 15,4% da amostra e um rácio homem-mulher de 6:1, poderá impedir que se obtenham resultados significativos para a variável sexo.

O questionário *WHOQOL* da OMS não é específico para avaliar a QdV dos UD, mas é o mais usado internacionalmente nesta população. Existem estudos que utilizaram o *WHOQOL-HIV-Bref* em doentes VIH+, mas nenhum deles aplicou este questionário em doentes VIH+ que fossem simultaneamente UD. Neste sentido, a discussão dos resultados não permitirá ter termos de comparação com estudos internacionais ou nacionais, mas serão feitas algumas comparações com estudos feitos em populações semelhantes.

A investigação não poderá ser generalizada a toda a população UD portuguesa, uma vez que foi feita especificamente para os UD VIH+ e VIH-, maiores de 18 anos que frequentavam as ET da região Norte e Centro do país, entre junho de 2009 e agosto de 2010.

Dado que a QdV não é constante ao longo da vida dos UD, um estudo transversal não permite avaliar a sensibilidade à mudança do instrumento de avaliação da QdV e impede a determinação de uma relação causa-efeito entre as variáveis.

## **5.2. Forças**

O envolvimento das ET da região Norte e Centro de Portugal foi imprescindível para o recrutamento dos indivíduos elegíveis para pertencerem ao estudo. Foram os profissionais destas ET os responsáveis, não só pela seleção dos utentes com as características necessárias ao estudo, mas também por avisar os investigadores do ISPUP dos dias em que os utentes teriam as consultas agendadas, possibilitando desta forma o encontro do entrevistador com o utente, que resultaria no preenchimento do questionário.

Para realizar as entrevistas, a equipa de investigação preparou um “Manual de entrevistador”, elaborado especificamente para esta população de UD, onde constava a definição das variáveis usadas nos questionários, a forma como deviam ser colocadas as questões, e o recurso a texto e figuras para acompanhar algumas questões. Este manual permitiu standardizar a administração do questionário entre todos os locais onde foi aplicado, de forma a reduzir o viés de entrevistador. Assim, qualquer diferença que se encontre entre as ET poderá ser atribuída a diferenças reais entre os inquiridos, em vez de diferenças nas técnicas de entrevista

O estudo da amostra com 371 UD VIH+ e VIH- fez com que o número de participantes fosse adequado para fazer inferências sobre a população alvo, pois foi grande o suficiente para que a probabilidade de encontrar diferenças entre os grupos por mero acaso fosse baixa, e para que a probabilidade de se detetarem diferenças verdadeiras e clinicamente significativas fosse alta. Contudo, o número não foi excessivo, evitando o desperdício de recursos e a exposição de participantes a entrevistas desnecessárias.

As características psicométricas dos instrumentos utilizados para avaliar a QdV dos UD (*WHOQOL-HIV-Bref* da OMS) demonstraram ter bons valores de consistência interna, validade discriminante e validade de construto nos estudos de precisão e de validade, tornando-os numa medida adequada para avaliação da QdV em Portugal, nesta população específica. E como são instrumentos transculturais, tornou também possível a comparação dos resultados com estudos internacionais.

É o único trabalho, que a nível nacional, estudou a QdV dos UD com estado serológico positivo para o VIH. Esta dupla característica da população permitiu aportar novos conhecimentos, capazes de trazer melhorias na abordagem clínica a estes indivíduos.

## **6. Conclusão**

É possível concluir que independentemente do estado serológico, os UD percecionaram a sua QdV acima do ponto médio do instrumento, sendo uma perceção de QdV moderada. Contudo, a faceta geral foi o domínio mais comprometido o que permite inferir que apesar de percecionarem a QdV como moderada, os UD não deixam de sentir que a sua saúde está de alguma forma comprometida.

Os domínios da QdV que obtiveram resultados mais positivos nos UD VIH+ foram o domínio ERCP e o nível de independência, no entanto, enfrentam mais dificuldades no domínio ambiente e faceta geral (QdV geral e perceção geral da saúde).

Os UD VIH- tiveram melhores médias de QdV no domínio nível de independência, demonstrando não enfrentar tão bem as questões relacionadas com o domínio ambiente, relações sociais e faceta geral. Devido à homogeneidade da amostra no que se refere ao consumo de drogas, uma vez que todos eram ou tinham sido em algum momento das suas vidas UD, e pelos indivíduos terem sido recrutados nas ET onde estão em tratamento há anos, é normal que os dois grupos apresentem semelhanças nos domínios da QdV melhores e piores pontuados.

A investigação ressalta que independentemente das condições económicas, do nível de escolaridade, da autoperceção do estado de saúde e da presença de outras coinfeções influenciarem negativamente a QdV dos UD, a perceção de QdV é caracterizada de um modo geral como positiva. No entanto, e por se ter verificado que estas variáveis tiveram impacto na QdV dos UD, deveriam ser um complemento à informação clínica dos UD em Portugal.

Melhorar significativamente a QdV dos UD também beneficiará outras partes interessadas tais como a família, a comunidade e as organizações que trabalham com esta população, permitindo a criação de um ambiente mais positivo para todos. E quando a comunidade

comprovar que os UD podem ser capazes de levar uma vida com melhor qualidade, o estigma e discriminação poderão diminuir.

Incluir a avaliação da QdV no seguimento médico destes doentes pode ajudar a identificar os domínios mais críticos na vida destas pessoas, monitorizar o estado de saúde, providenciar cuidados de saúde melhores e mais específicos e abrir caminho a novas estratégias terapêuticas, mais direcionadas à melhoria da QdV.

## Referências bibliográficas

1. Félix J (Coord. EXIGO Consultores) (2002) Estimativa do Impacto do Programa “Diz Não a Uma Seringa em Segunda Mão” no risco de infeção por VIH/SIDA na população portuguesa de utilizadores de droga injetada, CNLCS e EXIGO. Disponível em: <http://www.pnvihsida.dgs.pt/programatrocaseringas/relatorios/avaliacao-do-programa-diz-nao-a-uma-seringa-em-segunda-mao-2002.aspx>, (data da consulta: 28/12/2015).
2. World Health Organization (2015) Draft global health sector strategy on HIV, 2016-2021, World Health Organization. Disponível em: [http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/Draft\\_global\\_health\\_sector\\_strategy\\_hiv\\_01Dec2015.pdf](http://www.who.int/hiv/strategy2016-2021/Draft_global_health_sector_strategy_hiv_01Dec2015.pdf), (data da consulta: 28/12/2015).
3. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2015) Fast-tracking HIV treatment: Parliamentary action and policy options, Copyright © Inter-Parliamentary Union (IPU). Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/2015\\_IPU\\_HIVtreatment\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2015_IPU_HIVtreatment_en.pdf) (data da consulta: 29/12/2015).
4. Unidade de Referência e Vigilância Epidemiológica. Departamento de Doenças Infeciosas. (2015) Infeção VIH/SIDA: a situação em Portugal a 31 de dezembro de 2015, Instituto Nacional de Saúde Doutor Ricardo Jorge. Disponível em: <http://www2.insa.pt/sites/INSA/Portugues/ComInf/Noticias/Paginas/RelatorioVIHSIDA2015.aspx>, (data da consulta: 01/08/2017).
5. Direção-Geral da Saúde, Site do Programa Nacional para a Infeção VIH/Sida, Lisboa: Direção-Geral da Saúde Disponível em: <http://www.pnvihsida.dgs.pt/diagnostico21/teste1.aspx> (data da consulta: 01/08/2017).
6. European Monitoring Centre for Drugs and Drug Addiction (2015) Portugal country overview, A summary of the national drug situation. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/countries/portugal>, (data da consulta: 27/12/2015).
7. HOFFMANN, Chistian, K. ROCKSTROH, Jurgem; SEBASTIAN KAMPS, Bernd (2007) HIV Medicine 2007, www.HIVMedicine.com 15<sup>th</sup> Edition , Flying Publisher Disponível em: <http://www.hivmedicine.com/hivmedicine2007.pdf> (data da consulta: 29/12/2015).
8. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2015) Fast-tracking Combination Prevention, UNAIDS / JC2766E. Disponível em: [http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/20151019\\_JC2766\\_Fast-tracking\\_combination\\_prevention.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/20151019_JC2766_Fast-tracking_combination_prevention.pdf) , (data da consulta: 29/12/2015).
9. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS) (2015) AIDS by the numbers 2016, WORLD AIDS DAY 2016, Disponível em:

[http://www.unaids.org/sites/default/files/media\\_asset/AIDS-by-the-numbers-2016\\_en.pdf](http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/AIDS-by-the-numbers-2016_en.pdf),  
(data da consulta: 01/08/2017).

10. Observatório Europeu da Droga e da Toxicodependência (2016) Relatório Europeu sobre Drogas 2016: Tendências e evoluções, Serviço das Publicações da União Europeia, Luxemburgo. Disponível em: <http://www.emcdda.europa.eu/system/files/publications/2637/TDAT16001PTN.pdf> (data da consulta: 16/05/2016).
11. Direção-Geral da Saúde (2015) Portugal, Infeção por VIH, SIDA e Tuberculose em números – 2015, Lisboa: Diretor-Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt>, (data da consulta: 27/12/2015).
12. Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto (2013) Infeção VIH em Utilizadores de Drogas: uma coorte portuguesa (norte e centro), Instituto de Saúde Pública da Universidade do Porto. Disponível em: <http://ispup.up.pt/> (data da consulta: 19/12/2015).
13. Direção-Geral da Saúde (2017) Programa Nacional para a Infeção VIH, SIDA e Tuberculose, Lisboa: Diretor-Geral da Saúde. Disponível em: <http://www.dgs.pt>, (data da consulta: 01/08/2017).
14. Instituto Nacional de Estatística (2015) Causas de morte 2013, Instituto Nacional de Estatística, I.P. Disponível em: <https://www.ine.pt>, (data da consulta: 29/12/2015).
15. MACHADO, Vasco; LIMA, Graça; TEIXEIRA, Carolina; MENDONÇA FELÍCIO, Manuela (2011), Carga Global da Doença na região Norte de Portugal, Departamento de Saúde Pública e Unidade de Planeamento em Saúde: Administração Regional de Saúde do Norte. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Carga Global Doenca Regiao Norte 2004.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/Carga%20Global%20Doen%C3%A7a%20Regiao%20Norte%202004.pdf) , (data da consulta: 27/12/2015).
16. TEIXEIRA, Carolina; MENDONÇA FELÍCIO, Manuela; MACHADO, Vasco; SERDOURA, Paula (2014) Plano Regional de Saúde do Norte, 2014-2016, Administração Regional da Saúde do Norte, I.P. Disponível em: [http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/PlanoRegionalSaudeNorte 2014 2016.pdf](http://portal.arsnorte.min-saude.pt/portal/page/portal/ARSNorte/Conte%C3%BAdos/Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20Conteudos/PlanoRegionalSaudeNorte%202014%202016.pdf) ,(data da consulta: 27/12/2015).
17. Administração Regional de Saúde do Centro (2015) Relatório de Atividades 2014. Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202014 %20ARS%20Centro%20\(enviado%20para%20DGS\).pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Institucional/Documents/monitoriza%C3%A7%C3%A3o%20e%20avalia%C3%A7%C3%A3o/Relat%C3%B3rio%20de%20Atividades%202014%20ARS%20Centro%20(enviado%20para%20DGS).pdf) (data da consulta: 28/05/2015).

18. NEGREIROS, Jorge (2002) Estimativa da prevalência e padrões de consumo problemático de drogas em Portugal, Universidade do Porto, Faculdade de Psicologia e de Ciências da Educação, Centro de Investigação em Psicologia do Comportamento Desviante e Saúde. Disponível em: <https://repositorio-aberto.up.pt/bitstream/10216/21287/2/88109.pdf>,(data da consulta: 30/12/2015).
19. INOCÊNCIO MORAIS, Pedro Orlando (2010) Avaliação da Qualidade de Vida e Esperança em toxicodependentes infetados e não infetados com VIH, Universidade Fernando Pessoa, Faculdade de Ciências Humanas e Sociais. Disponível em: <http://bdigital.ufp.pt/bitstream/10284/1515/1/14215.pdf> ,(data da consulta: 28/12/2015).
20. CANAVARRO, Maria Cristina; PEREIRA; SIMÕES, Mário; PINTASSILGO, Ana Luísa; PINTO F., Andreia (2008) Estudos Psicométricos da Versão Portuguesa (de Portugal) do Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV), Psicologia, Saúde & Doenças, 2008, 9(1), 15-28. Disponível em: <http://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/1073/1/PSD%202008%209%281%29%2015-28.pdf> (data da consulta: 15/05/2016).
21. ESCUDEIRO, Raquel; LAMACHÃ, Sónia; FREITAS, Anabela; SILVA, Hélder (2006) Qualidade de Vida e Toxicodependência, Revista Toxicodependências, Edição IDT, Volume 12, Número 3, pág. 65-78. Disponível em: [http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD\\_Artigos/Attachments/86/2006\\_03\\_TXT7.pdf](http://www.sicad.pt/BK/RevistaToxicodependencias/Lists/SICAD_Artigos/Attachments/86/2006_03_TXT7.pdf) (data da consulta: 16/05/2016).
22. CANAVARRO, M C; SIMÕES, M; PEREIRA, M; PINTASSILGO, A L. Desenvolvimento dos Instrumentos de Avaliação da Qualidade de Vida na Infecção VIH da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV; WHOQOL-HIV-BREF) para Português de Portugal: Apresentação de um Projeto, Coimbra, Portugal. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20691/1/2006%20Desenvolvimento%20dos%20instrumentos%20de%20avalia%C3%A7%C3%A3o%20de%20QdV%20na%20infec%C3%A7%C3%A3o%20VIH%20da%20OMS.pdf> (data da consulta:15/05/2016).
23. MOREIRA, Taís; FIGUEIRÓ, Luciano; FERNANDES, Simone; JUSTO, Fernanda; DIAS Ismael; BARROS, Helena; FERIGOLA, Maristela (2012) Quality of life of users of psychoactives substances, relatives, and non-users assessed using the WHOQOL-BREF, Departamento de Farmacologia e Toxicologia, Fundação Universidade Federal de Ciências da Saúde de Porto Alegre. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed>, (data da consulta: 26/02/2016).
24. Norma nº 058/2011 de 28/12/2011, atualizada a 10/12/2014. Diagnóstico e Rastreio da Infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (VIH), Lisboa: Direção-Geral da Saúde. Disponível em:

- file:///C:/Documents%20and%20Settings/Val%C3%A9rio/Os%20meus%20documentos/Downloads/i020841.pdf (data da consulta: 01/08/2017).
25. Despacho nº 13447-C/2015, do Secretariado de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª série – Nº 228 – 20 de novembro de 2015.
  26. Ministro da Saúde (2015) Rede Nacional Hospitalar de Referência para a Infeção por VIH (RNHR VIH) Disponível em: <https://www.sns.gov.pt/wp-content/uploads/2016/05/rede-referencia%C3%A7%C3%A3o-hospitalar-infe%C3%A7%C3%A3o-por-VIH.pdf> (data da consulta: 01/08/2017).
  27. Despacho nº 13447-B/2015, do Secretariado de Estado da Saúde, publicado no Diário da República, 2ª série – Nº 228 – 20 de novembro de 2015.
  28. World Health Organization (1996) WHOQOL-BREF, Introduction, Administration, Scoring and Generic Version of the Assessment, Field Trial Version. Programme on Mental Health. Geneva. Disponível em: [http://www.who.int/mental\\_health/media/en/76.pdf](http://www.who.int/mental_health/media/en/76.pdf), (data da consulta: 17/02/2016).
  29. Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências (2013) Rede de Referência/Articulação no âmbito dos comportamentos aditivos e das dependências, Serviço de Intervenção nos Comportamentos Aditivos e nas Dependências. Disponível em: [http://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/Rede\\_Referenciacao%20comportamentos%20aditivos.pdf](http://www.arscentro.min-saude.pt/Documents/Rede_Referenciacao%20comportamentos%20aditivos.pdf), data da consulta: 30/05/2016.
  30. CANAVARRO, M C; PEREIRA, M (2011) Avaliação da qualidade de vida na infeção por VIH/SIDA: Desenvolvimento e aplicação da versão em Português Europeu do WHOQOL-HIV-Bref, Instituto de Psicologia Cognitiva, Desenvolvimento Vocacional e Social da Universidade Coimbra e Faculdade de Psicologia e de Ciência da Educação da Universidade de Coimbra. Disponível em: <https://estudogeral.sib.uc.pt/bitstream/10316/20676/1/2011%20Desenvolvimento%20e%20aplica%C3%A7%C3%A3o%20do%20WHOQOL-HIV-Bref.pdf> (data da consulta: 28/12/2015).
  31. VAZ S, A; CANAVARRO, M C; SIMÕES, M; PEREIRA, M; GAMEIRO, S; QUARTILHO, M; PAREDES, T (2006) Estudos psicométricos de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-Bref) para Português de Portugal. *Psiquiatria Clínica*, 27 (1), 41-49.
  32. LIPING, M; PENG, X; HAIJIANG, L; LAHONG, J; FAN, L (2015) Quality of Live of People Living with HIV/AIDS: A cross-sectional study in Zhejiang Province, China. *PLoS ONE* 10(8): e0135705. Doi: 10.1371/journal.pone.0135705 (data da consulta: 19/08/2016).
  33. RAZAVI, P; HAJIFATHALIAN, K; SAEIDI, B; et al (2011) Quality of Love among Persons with HIV/AIDS in Iran: Internal Reliability and Validity of an International Instrument and

- Associated Factors. Hindawi Publishing Corporation, AIDS Research and Treatment, Volume 2012, article ID 849406, 6 pages, doi: 10.1155/2012/849406 (data da consulta: 19/08/2016).
34. CALVETI, P U; MULLER, M C; NUNES, M L T (2008) Qualidade de Vida e Bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v.13, n.3, p.523-530, jul./set.2008 (data da consulta: 26/02/2016).
35. LOPES, A R (2013) Perceção Subjetiva da Qualidade de Vida, Estratégias de Coping e Distress, nas pessoas que vivem com o VIH/SIDA e Perceção Subjetiva que os Cuidadores Formais têm acerca da Qualidade de Vida das mesmas, Mestrado Integrado em Psicologia, Secção de Psicologia Clínica e da Saúde, Núcleo de Psicologia da Saúde e da Doença, Universidade de Lisboa, Faculdade de Psicologia (data da consulta: 19/08/2016).
36. REDONDO, A C (2009). Impacto Psicossocial do Teste VIH Positivo. Mestrado em Medicina. Faculdade de Medicina da Universidade de Coimbra (data da consulta: 19/08/2016).
37. MAHALAKSHMU, T; PREMARAJAN, KC; HAMIDE, A (2011) Quality of Live and its Determinants in People Living with Human Immunodeficiency Virus Infection in Puducherry, India, *Indian Journal of Community Medicine*, 2011; Jul-Sep; 36(3); 203-207. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3214445/>, (data da consulta: 26/02/2016).
38. MORANDI, E C; FRANÇA, I; LOPES, F (2007) Quality of life of people living with VIH/AIDS in São Paulo, Brazil. *Revista Saúde Pública* 2007, 41 (Supl.2) (data da consulta: 19/08/2016).
39. WIG, N; LOEKSHMI, R; PAL, H, et al (2006) The impact of HIV/AIDS on the quality of live:A cross-sectional study in north India. Department of Medicine, All India Institute of Medicine Sciences, New Delhi India 110029, Original Contributions: year: 2006, volume: 60, issue:1, page:3-12 (data da consulta: 26/02/2016).
40. NARCISO, J M (2010) Qualidade de Vida Relacionada com o VIH. Dissertação de Mestrado, Gestão e Economia da Saúde. Universidade de Coimbra, Faculdade de Economia (data da consulta: 26/02/2016).
41. MEDEIROS, B; SILVA, J; WERBA S, AA (2013) Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estudos de Psicologia*, 18 (4), outubro-dezembro/2013, 543-550. Disponível em: <http://www.scielo.br/pdf/epsic/v18n4/a01v18n4.pdf> , (data da consulta: 26/02/2016).

# Anexos

## Anexo 1. Declaração de Consentimento Informado para os participantes



### DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

#### **Considerando a “Declaração de Helsínquia” da Associação Médica Mundial**

*(Helsínquia 1964; Tóquio 1975; Veneza 1983; Hong Kong 1989; Somerset West 1996 e Edimburgo 2000)*

**Eu, abaixo-assinado, (nome completo do participante) \_\_\_\_\_,**  
compreendi a explicação que me foi fornecida, por escrito e verbalmente, da investigação que se tenciona realizar, para qual é pedida a minha participação. Foi-me dada oportunidade de fazer as perguntas que julguei necessárias, e para todas obtive resposta satisfatória.

Tomei conhecimento de que, de acordo com as recomendações da Declaração de Helsínquia, a informação que me foi prestada versou os objetivos, os métodos, os benefícios previstos, os riscos potenciais e o eventual desconforto. Além disso, foi-me afirmado que tenho o direito de decidir livremente aceitar ou recusar a todo o tempo a minha participação no estudo. Sei que se recusar não haverá qualquer prejuízo na assistência que me é prestada.

Foi-me dado todo o tempo de que necessitei para refletir sobre esta proposta de participação. Nestas circunstâncias, decido livremente aceitar participar neste projeto de investigação, tal como me foi apresentado pelo investigador(a).

Data: \_\_\_\_ / \_\_\_\_\_ / 20\_\_\_\_

**Assinatura do participante** \_\_\_\_\_

**O(A) Investigador(a) responsável:**

Nome: \_\_\_\_\_

Assinatura: \_\_\_\_\_

## **Anexo 2. Informação sobre os aspetos éticos do estudo**

A base de dados que armazena toda a informação confidencial da amostra com informação relativa aos questionários encontra-se protegida. Os dados estavam armazenados num único computador, protegido com palavra passe.

O total sigilo profissional do médico investigador e confidencialidade de toda a informação registada estão garantidos não só pela consciência ética do mesmo, mas também pelo Código Deontológico da Ordem dos Médicos.

Legalmente a informação clínica dos participantes no estudo está protegida pelo cumprimento das seguintes leis:

- Lei da Proteção de Dados Pessoais, Lei nº67/98: desde que a informação de saúde seja previamente anonimizada, o acesso à mesma para fins de investigação é autorizado;
- Lei da Informação Genética Pessoal e Informação da Saúde nº 12/2005, de 26 de janeiro: define o conceito de informação em saúde, de informação genética, de circulação de informação e como a informação deve ser tratada.

A proteção da informação clínica foi garantida em todos os passos fundamentais da recolha de dados:

- Toda a base de dados estará guardada num único computador, seguro com palavra passe, para garantir a proteção da confidencialidade;
- O sistema operativo permite verificar a data de todos os registos e alterações, garantindo a monitorização da utilização da base de dados.

### Anexo 3. Definição e plano de operacionalização das variáveis em estudo dos questionários de avaliação da Qualidade de Vida para Utilizadores de Drogas Seropositivos e Seronegativos

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
-	-	IDLoc	Número	Identificação Localização	1 -ET - Equipa de Tratamento 2-UNI - Unidade Móvel 3 -HJU - Hospital Joaquim Urbano 4 -PRI - Prisão 5- CDE- Consulta Descentralizada 6 -CVN - Casa Vila Nova 7 - HSJ - Hospital S. João 8 - POL - Polícia 9 - HDF - Hospital Distrital Fundão	
-	-	IDReg	Número	Identificação Região	1 -NO - Norte 2 - CE – Centro 9 - Missing	
-	-	IDDist	Número	Identificação Distrito	1 -AV- Aveiro 2 -BR- Braga 3 -CB - Castelo Branco 4 -CO - Coimbra 5 -GU - Guarda 6 -LE - Leiria 7 -PO -Porto 8 - VC- Viana Castelo 9 -VI - Viseu 10- VR - Vila Real	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
-	-	IDMun	Número	Identificação Concelho/Freguesia	1 -AVE - Aveiro 2 -BAR - Barcelos 3 -BRA - Braga 4 -CAS- Castelo Branco 5 -CED - Cedofeita 6 -CHA - Chaves 7 -CMB - Coimbra 8 -COV - Covilhã 9 -FAF - Fafe 10 -FRE - Freamunde 11- GAI - Gaia 12 -GON - Gondomar 13 -GUA - Guarda 14 -GUI - Guimarães 15 -LEI - Leiria 16 -MAR - Marinha Grande 17 -MAT - Matosinhos 18 -OCI - Ocidental 19 -ORI - Oriental 20- POM - POMBAL 21 -POR - Porto 22 -SMF - Santa Maria Feira 23 -VIA - Viana Castelo 24 -VIL - Vila Real 25 -VIS - Viseu 26 - Fundão	
-	-	IDN	Número	Número do questionário	-	
-	-	IDTipo	Número	Estatuto serológico VIH	60 – Positivo 70 – Negativo 99- Missing	
-	-	IDInq	Número e texto	Número do inquiridor	1-1AM 2-2MO 3-3MF 4-4MB 9 - Missing	
-	-	declaracao	Número	Declaração de consentimento	1-Sim 0-Não 9- Missing	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
-	-	prCons	Data	Primeira consulta no centro	1-Sim 0-Não 9- Missing	
-	-	dtPrCons	Data	Data da primeira consulta no centro	(dd-mm-aaaa) 09-Sep-9999 - Missing 06-Jun-1966 - Missing	
-	-	hrIni	Hora	Hora de início da entrevista	99:99 - Missing	
-	-	dtRealiz	Data	Data de realização da entrevista	(dd-mm-aaaa) 09-Sep-9999 - Missing 06-Jun-1966 - Missing	
-	-	hrFim	Hora	Hora de fim da entrevista	99:99 - Missing	
-	-	dtPrmAnticorp	Data	Primeira data do teste anticorpos VIH	(dd-mm-aaaa) 09-Sep-9999 - Missing 06-Jun-1966 - Missing	Só para questionário =60
-	-	dtPrmAnticorp	Data	Data do primeiro teste VIH (independentemente do resultado)	(dd-mm-aaaa) 09-Sep-9999 - Missing 06-Jun-1966 - Missing	Só para questionário =70
-	-	dtUltNeg	Data	Data do último teste negativo	(dd-mm-aaaa) 09-Sep-9999 - Missing 06-Jun-1966 - Missing	
-	-	propInictv	Número	O teste foi realizado por iniciativa própria?	1-Sim 0-Não 9- Missing	
-	-	motvNInictv	Texto	Motivo da realização do teste	XXXX - Missing	
-	-	dtSIDA	Data	Data do diagnóstico de sida	(dd-mm-aaaa) 09-Sep-9999 - Missing 06-Jun-1966 - Missing	Só para questionário = 60
-	-	sidaNSA	Número	Não se aplica diagnóstico de sida	1-Não se aplica 9- Missing	Só para questionário = 60

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
-	-	locSegd	Texto	Local (Hospital/Centro/Clinica) onde o utente está a ser seguido	XXXX – Missing	Só para questionário = 60
-	-	medico	Texto	Nome do médico	XXXX – Missing	Só para questionário = 60
-	-	infcVia	-----	Modo pelo qual foi infetado		Só para questionário = 60
-	-	hbsx	Número	Contacto homossexual/Bissexual	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	Só para questionário = 60
-	-	drog	Número	Pessoa que injeta drogas	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	Só para questionário = 60
-	-	hemo	Número	Hemofilia	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	Só para questionário = 60
-	-	sang	Número	Transfusão de sangue	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	Só para questionário = 60
-	-	htsx	Número	Contacto heterossexual	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	Só para questionário = 60
-	-	out	Número	Outro	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	Só para questionário = 60
-	-	ns	Número	Não sabe	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	Só para questionário = 60
-	-	alt	Número	Altura	888 – Não sabe 999 – Missing	
-	-	peso	Número	Peso	888 – Não sabe 999 -Missing	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
A1	A – Dados Sociodemográficos	dtNasc	Data	Data de nascimento	(dd-mm-aaaa) 09-Sep-9999 - Missing 06-Jun-1966 - Missing	
A2	A – Dados Sociodemográficos	sexo	Número	Sexo	1-Masculino 0-Feminino 9 - Missing	
A3.1.	A – Dados Sociodemográficos	apeld	Texto	Três consoantes do apelido	XXX – Missing	
A3.2.	A – Dados Sociodemográficos	nome	Texto	Três consoantes do nome próprio	XXX- Missing	
A4.	A – Dados Sociodemográficos	lingCasa	Texto	Língua falada em casa	XXXX- Missing	
A5.	A – Dados Sociodemográficos	nacion	Número	Nacionalidade	1-Portugal 2-Outro país 8-Não sabe	
-	A – Dados Sociodemográficos	qNacion	Texto	Que outra nacionalidade sem ser portuguesa	XXXX-Missing	
A5.1.	A – Dados Sociodemográficos	nacionMae	Número	Nacionalidade da mãe	1-Portugal 2-Outro país 8-Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
-	A – Dados Sociodemográficos	qNacionMae	Texto	Que outra nacionalidade da mãe sem ser portuguesa	XXXX-Missing	
A5.2.	A – Dados Sociodemográficos	nacionPai	Número	Nacionalidade do pai	1-Portugal 2-Outro país 8-Não sabe	
-	A – Dados Sociodemográficos	qNacionPai	Texto	Que outra nacionalidade do pai sem ser portuguesa	XXXX-Missing	
A6.	A – Dados Sociodemográficos	estdCiv	Número	Estado civil	1- Solteiro 2-Casado 3-União de facto 4-Divorciado 5-Separado 6- viúvo 7 -Outro 9- Missing	
-	A – Dados Sociodemográficos	qEstdCivil	Texto	Outro estado civil	XXXX- Missing	
A7.	A – Dados Sociodemográficos	locResid	Número	Local de residência nos últimos 6 meses	1- Casa ou apartamento próprio ou do/a companheiro/a 2-Casa/ Apartamento arrendada/o 3-Casa/ Apartamento de outras pessoas 4-Quarto arrendado ( por dia) 5-Abrigo ou residência do Estado 6-Sem morada fixa 7- Prisão 8- Outra 9- Missing	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
A8.	A – Dados Sociodemográficos	viveSo	Número	Vive sozinho	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	
A8.1.	A – Dados Sociodemográficos	nPess	Número	Com quantas pessoas vive	99 - Missing	
A9.	A – Dados Sociodemográficos	filhos	Número	Tem filhos	1 – Sim 0 – Não 9 – Missing	
A9.1.	A – Dados Sociodemográficos	nFilh	Número	Número de filhos	99 - Missing	
A9.2.	A – Dados Sociodemográficos	nFilhConj	Número	Número de filhos do cônjuge	99 - Missing	
A9.3.	A – Dados Sociodemográficos	iddFilh	Texto	Idade dos filhos	XXXX- Missing	
A10.	A – Dados Sociodemográficos	escol	Número	Grau de ensino mais elevado	1- Não sabe ler nem escrever 2- Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau 3- Não completou o ensino básico 4- Ensino Básico (1º ciclo) 5- Ensino básico (2º ciclo) 6- Ensino básico (3º ciclo) 7- Ensino secundário 8- Bacharelato 9 - Licenciatura 10- Outro	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
-	A – Dados Sociodemográficos	qEscol	Texto	Outro grau de ensino	XXXX- Missing	
10.1.	A – Dados Sociodemográficos	anosParEsc	Número	Idade que tinha quando deixou de estudar (anos)	99- Missing	
10.1.	A – Dados Sociodemográficos	mesParEsc	Número	Idade que tinha quando deixou de estudar (meses)	99- Missing	
A11.	A – Dados Sociodemográficos	sitProf	Número	Situação profissional atual	1- Exerce uma profissão a tempo inteiro 2-Exerce uma profissão a tempo parcial 3- Exerce uma profissão por conta própria 4-Desempregado mas à procura de emprego 5- Desempregado, sem estar à procura de emprego 6-Estudante 7-Reformado 8- Incapacitado 9- Missing	
A12.	A – Dados Sociodemográficos	prof	Texto	Profissão	XXXX- Missing	
A12.1	A – Dados Sociodemográficos	func	Texto	Tarefas que desempenha	XXXX- Missing	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
A13.	A – Dados Sociodemográficos	rendmt	Número	Principal fonte de rendimento	1- Emprego com salário fixo 2- Emprego em situação temporária 3- Trabalho em negócio de família 4 - Trabalho por conta própria 5- Benefícios Sociais 6- Rendimentos de familiares 7- Bolsa/ Empréstimo Estudantil 8- Venda de drogas 9- Não tem 10- Outra 99- Missing	
A14.	A – Dados Sociodemográficos	rendmtA grg	Número	Montante mensal dos rendimentos do agregado familiar	1- <250 2 - 251-500 3- 501- 750 4- 750-1000 5-1001- 1500 6-1501-2000 7-2001-2500 8- 2501- 3000 9->3000 88- Não sabe 99- Missing	
A14.1.	A – Dados Sociodemográficos	nRendmt	Número	Pessoas que dependem/ vivem do rendimento do agregado familiar	99- Missing	
B1.	B – Consumo de tabaco e álcool	cig100	Número	Já ter fumado 100 cigarros em toda a vida	1-Sim 0-Não	
B1.1.	B – Consumo de tabaco e álcool	freqFuma	Número	Frequência com que fuma cigarros	1-Todos os dias 2-Nalguns dias 3- Não fuma de todo	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
B1.2	B – Consumo de tabaco e álcool	medCig	Número	Cigarros que fuma, em média, por dia	99-Missing	
B2.	B – Consumo de tabaco e álcool	alc	Número	Consumir uma ou mais bebidas alcoólicas durante toda a vida	1-Sim 0-Não	
B2.1.	B – Consumo de tabaco e álcool	alcAno	Número	Consumir uma ou mais bebidas alcoólicas no último ano	1-Sim 0-Não	
B2.2.	B – Consumo de tabaco e álcool	nBebd	Número	Maior número de bebidas consumidas num único dia durante o último ano	99-Missing	
B2.3	B – Consumo de tabaco e álcool	freqBeb 12Dia	Número	Frequência com que bebeu 12 ou mais bebidas alcoólicas num único dia durante o último ano	1-Diariamente ou quase diariamente 2-Semanalmente 3-Mensalmente 4-<1 vez por mês 5-Nunca	
B2.4.	B – Consumo de tabaco e álcool	maxBeb Dia	Número	Máximo de bebidas que bebeu num único dia, caso não tenha sido 12 ou mais	1-Uma a duas 2-Três a quatro 3-Cinco a Sete 4-Oito a onze	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
B2.4.1	B – Consumo de tabaco e álcool	freqMaxBebDia	Número	Frequência com que bebeu um determinado número de bebidas num único dia (<12)	1-Diariamente ou quase diariamente 2-Semanalmente 3-Mensalmente 4- <1 vez por mês	
C1.	C – Qualidade de vida	qualVida	Número	Avaliação sobre qualidade de vida	1-Muito má 2-Má 3-Nem boa nem má 4-Boa 5-Muito boa	
C2.	C – Qualidade de vida	satSaude	Número	Satisfação com a saúde	1-Muito insatisfeito 2- Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C3. a	C – Qualidade de vida	dorFisic	Número	Em que medida as suas dores físicas o impedem de fazer o que precisa de fazer	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	
C3. b	C – Qualidade de vida	probFisic	Número	Incomodo com problemas físicos desagradáveis relacionados com infeção VIH	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
C3. c	C – Qualidade de vida	precicuid	Número	Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	
C3. d	C – Qualidade de vida	gostVida	Número	Até que ponto gosta da vida	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	
C3. e	C – Qualidade de vida	sentVida	Número	Em que medida sente que a sua vida tem sentido	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	
C3. f	C – Qualidade de vida	culpVIH	Número	Em que medida se sente incomodado pelo facto das pessoas o culparem pela sua condição de portador do VIH	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	Só para questionário = 60
C3. g	C – Qualidade de vida	recFuturo	Número	Até que ponto receia o futuro	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	
C3. h	C – Qualidade de vida	preocMorte	Número	Até que ponto se preocupa com a morte	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
C3. i	C – Qualidade de vida	concentra	Número	Até que ponto se consegue concentrar	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	
C3. j	C – Qualidade de vida	segurDi	Número	Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	
C3.k	C – Qualidade de vida	saudvA mbi	Número	Em que medida é saudável o seu ambiente físico	1-Nada 2-Pouco 3-Nem muito nem pouco 4-Muito 5-Muitissimo	
C4.a	C – Qualidade de vida	energ	Número	Energia suficiente para a vida diária	1-Nada 2-Pouco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente	
C4.b	C – Qualidade de vida	actApar en	Número	Capacidade de aceitar a sua aparência física	1-Nada 2-Pouco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente	
C4.c	C – Qualidade de vida	dinhNec ess	Número	Dinheiro suficiente para satisfazer as necessidades	1-Nada 2-Pouco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente	
C4.d	C – Qualidade de vida	aceite	Número	Em que medida se sente aceite pelas pessoas que conhece	1-Nada 2-Pouco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
C4.e	C – Qualidade de vida	orgnzVida	Número	Até que ponto tem fácil acesso a informações necessárias para organizar a vida diária	1-Nada 2-Pouco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente	
C4.f	C – Qualidade de vida	actvLazr	Número	Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer	1-Nada 2-Pouco 3-Moderadamente 4-Bastante 5-Completamente	
C4.1	C – Qualidade de vida	avalMobild	Número	Como avalia a sua mobilidade ( capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio)	1-Muito má 2-Má 3-Nem boa nem má 4-Boa 5-Muito boa	
C5.a	C – Qualidade de vida	satSono	Número	Até que ponto está satisfeito com o seu sono	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C5.b	C – Qualidade de vida	satActvd	Número	Até que ponto está satisfeito com a capacidade para desempenhar atividades do dia-a-dia	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C5.c	C – Qualidade de vida	satTrab	Número	Até que ponto está satisfeito com a capacidade de trabalho	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
C5.d	C – Qualidade de vida	satProp	Número	Até que ponto está satisfeito consigo próprio	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C5.e	C – Qualidade de vida	satRelPess	Número	Até que ponto está satisfeito com as suas relações pessoais	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C5.f	C – Qualidade de vida	satVidaSex	Número	Até que ponto está satisfeito com a sua vida sexual	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C5.g	C – Qualidade de vida	satApA mg	Número	Até que ponto está satisfeito com o apoio que recebe dos amigos	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C5.h	C – Qualidade de vida	satLugVive	Número	Até que ponto está satisfeito com as condições do lugar em que vive	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C5.i	C – Qualidade de vida	satServSaud	Número	Até que ponto está satisfeito com o acesso que tem aos serviços de saúde	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	
C5.j	C – Qualidade de vida	satTransport	Número	Até que ponto está satisfeito com os transportes que usa	1-Muito insatisfeito 2-Insatisfeito 3-Nem satisfeito nem insatisfeito 4-Satisfeito 5-Muito satisfeito	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
C6.	C – Qualidade de vida	freqSent Neg	Número	Frequência com que tem sentimentos negativos	1-Nunca 2-Poucas vezes 3-Algumas vezes 4-Frequentemente 5-Sempre	
D1.	D – Historial Clínico	saudeAct	Número	Descrever estado de saúde atual	1-Excelente 2-Bom 3-Razoavel 4-Mau 7-Não responde	Ver nova versão da secção “Historial Clínico” no final do documento
D1.1	D – Historial Clínico	tuberculose	Número	Alguma vez fez teste de tuberculose	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	1ª Versão historial clínico
D1.1.1.	D – Historial Clínico	dtTuberc	Data	Data do último teste	dd-mm-aaaa	
D1.1.2.	D – Historial Clínico	Postuberc	Número	Resultado positivo para tuberculose	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D1.1.3	D – Historial Clínico	TubercPulm	Número	Tuberculose localizada nos pulmões	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D1.1.4.	D – Historial Clínico	OutPart Tuberc	Número	Tuberculose localizada noutra parte do corpo	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 a)	D – Historial Clínico	Endocardite	Número	Historial de endocardite	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 b)	D – Historial Clínico	Pneumo	Número	Historial de pneumonia	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 c)	D – Historial Clínico	Cirrose	Número	Historial de cirrose	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
D2 d)	D – Historial Clinico	Infecboc a	Número	Historial de infecções na boca	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 e)	D – Historial Clinico	Sifilis	Número	Historial de sífilis	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 f)	D – Historial Clinico	Gonorrei a	Número	Historial de gonorreia	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 g)	D – Historial Clinico	VPH	Número	Historial de Vírus do Papiloma Humano	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 h)	D – Historial Clinico	Herpes Gen	Número	Historial de herpes genital	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 i)	D – Historial Clinico	Clamidia	Número	Historial de clamídia	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
D2 j)	D – Historial Clinico	Hepat	Número	Historial de hepatite	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
j1.1.)	D – Historial Clinico	HepatB1	Número	Historial de hepatite B	1-Sim 0-Não	
j1.2)	D – Historial Clinico	dthepatb	Data	Data do teste mais recente de hepatite B	dd-mm-aaaa 06-06-1966 09-09-9999	
j1.3)	D – Historial Clinico	resHepa tB	Número	Resultado ultimo teste hepatite B	1-Positivo 0-Negativo 2-Negativo apos tratamento 8-Não sabe	
j1.3.1)	D – Historial Clinico	MedHep atB	Número	Toma de Medicação para hepatite B	1-Sim 0-Não	
j1.3.1.1)	D – Historial Clinico	ExmpMe dHepatB	Número	Pode dar exemplos da medicação de hepatite B	1-Sim 0-Não	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
j1.3.1.1)	D – Historial Clinico	qmedHe patB	Texto	Nome de medicação para hepatite B		
j1.3.2)	D – Historial Clinico	terapHe patB	Número	Terapia complementar para hepatite B	1-Sim 0-Não	
j2.1)	D – Historial Clinico	HepatC	Número	Historial de hepatite C	1-Sim 0-Não	
j2.2)	D – Historial Clinico	dtHepat C	Data	Data mais recente de hepatite C	dd-mm-aaaa 06-06-1966 09-09-9999	
j2.3)	D – Historial Clinico	ResHep atC	Número	Resultado do último teste hepatite C	1-Positivo 0-Negativo 2-Negativo apos tratamento 8-Não sabe	
j2.3.1)	D – Historial Clinico	MedHep atC	Número	Toma de Medicação para hepatite C	1-Sim 0-Não	
j2.3.1.1)	D – Historial Clinico	ExempM edHepat C	Número	Pode dar exemplos da medicação de hepatite C	1-Sim 0-Não	
j2.3.1.1)	D – Historial Clinico	qmedHe patC	Texto	Nome de medicação para hepatite C		
j2.3.1.1.1)	D – Historial Clinico	dttratin	Data	Data inicio tratamento	dd-mm-aaaa 06-06-1966 09-09-9999	
j2.3.1.1.2)	D – Historial Clinico	dttratfim	Data	Data fim tratamento	dd-mm-aaaa 06-06-1966 09-09-9999	
j2.3.2)	D- Historial Clinico	terapHe patC	Numero	Terapia complementar para hepatite C	1-Sim 0-Não	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
k)	D- Historial Clinico	abces	Número	Abcessos em locais injetáveis do corpo	1-Sim 0-Não 8-Não se aplica	
l)	D- Historial Clinico	outabces	Número	Abcessos noutra local do corpo	1-Sim 0-Não 8-Não sabe	
E1)	E1 – Uso de drogas	injDrog	Número	Alguma vez injetou drogas	1-Sim 0-Não	
E1.1.)	E1 – Uso de drogas	iddinjan o	Número	Idade (anos) com que injetou pela primeira vez		
E1.1)	E1 – Uso de drogas	iddinjme s	Número	Idade (meses) com que injetou pela primeira vez		
E1.2)	E1 – Uso de drogas	qInj	Texto	Qual a droga que consumiu quando injetou pela primeira vez		
E1.3)	E1 – Uso de drogas	injAmg	Número	Algum dos amigos ou familiares injetava quando o participante começou a injetar	1-Sim 0-Não 8-Não sabe 7-Não responde	
E1.4)	E1 – Uso de drogas	qDrog	Texto	Qual a droga que usou durante mais tempo (injetável ou não)		
E1.5)	E1 – Uso de drogas	herCons	Número	Alguma vez consumiu heroína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E1 – Uso de drogas	Herinj	Número	Alguma vez injetou heroína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	iddHera no	Número	Com que idade consumiu/injet ou pela primeira vez (anos)		
	E1 – Uso de drogas	iddHerm es	Número	Com que idade consumiu/injet ou pela primeira vez (meses)		
	E1 – Uso de drogas	Her6M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu heroína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Her1M	Número	No último mês consumiu heroína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Her1Min j	Número	No último mês injetou heroína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Coccons	Número	Alguma vez consumiu cocaína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Cocinj	Número	Alguma vez injetou cocaína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	iddcoca no	Número	Com que idade consumiu/injet ou cocaína pela primeira vez (anos)		

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E1 – Uso de drogas	Iddcocmes	Número	Com que idade consumiu/injetou cocaína pela primeira vez (meses)		
	E1 – Uso de drogas	coc6M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu cocaína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Coc1M	Número	No último mês consumiu cocaína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Coc1Minj	Número	No último mês injetou cocaína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Hercoccons	Número	Alguma vez consumiu heroína e cocaína combinadas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Hercocinj	Número	Alguma vez injetou heroína e cocaína combinadas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	IddHercocano	Número	Com que idade consumiu/injetou ou pela primeira vez heroína e cocaína combinadas (anos)		

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E1 – Uso de drogas	IddHercocmes	Número	Com que idade consumiu/injetou ou pela primeira vez heroína e cocaína combinadas (meses)		
	E1 – Uso de drogas	Hercoc6M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu heroína e cocaína combinadas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Hercoc1M	Número	No último mês consumiu cocaína e heroína combinadas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Hercoc1Minj	Número	No último mês injetou heroína e cocaína	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Anfcons	Número	Alguma vez consumiu anfetaminas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Anfinj	Número	Alguma vez injetou anfetaminas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Iddanfan o	Número	Com que idade consumiu/injetou ou pela primeira vez anfetaminas (anos)	1-Sim 0-Não 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E1 – Uso de drogas	Iddanfm es	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez anfetaminas (meses)		
	E1 – Uso de drogas	Anf6M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu anfetaminas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Anf1M	Número	No último mês consumiu anfetaminas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Anf1Minj	Número	No último mês injetou anfetaminas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Benzoco ns	Número	Alguma vez consumiu benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Benzoinj	Número	Alguma vez injetou benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Iddbenco ano	Número	Com que idade consumiu/injetou ou pela primeira vez benzodiazepinas (anos)		
	E1 – Uso de drogas	Iddbenco mes	Número	Com que idade consumiu/injetou ou pela primeira vez benzodiazepinas (meses)		

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E1 – Uso de drogas	Benzo6M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Benzo1M	Número	No último mês consumiu benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Benzo1Minj	Número	No último mês injetou benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Metacons	Número	Alguma vez consumiu benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Metainj	Número	Alguma vez injetou benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Iddmetaano	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez benzodiazepinas (anos)	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Iddmetames	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez benzodiazepinas (meses)		
	E1 – Uso de drogas	Meta6M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E1 – Uso de drogas	Meta1M	Número	No último mês consumiu benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Meta1Minj	Número	No último mês injetou benzodiazepinas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	BupreCons	Número	Alguma vez consumiu buprenorfina	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	BupreInj	Número	Alguma vez injetou buprenorfina	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Iddbupreano	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez buprenorfina (anos)		
	E1 – Uso de drogas	Iddbupremes	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez buprenorfina (meses)		
	E1 – Uso de drogas	Bupre6M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu buprenorfina	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Bupre1M	Número	No último mês consumiu buprenorfina	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Bupre1Minj	Número	No último mês injetou buprenorfina	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Out1cons	Número	Alguma vez consumiu outras drogas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E1 – Uso de drogas	Out1inj	Número	Alguma vez injetou outras drogas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Iddout1a no	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez outras drogas (anos)		
	E1 – Uso de drogas	Iddout1 mes	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez outras drogas (meses)		
	E1 – Uso de drogas	Out16M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu outras drogas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Out1M	Número	No último mês consumiu outras drogas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Out1Min j	Número	No último mês injetou outras drogas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Out2con s	Número	Alguma vez consumiu outras drogas2	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Out2inj	Número	Alguma vez injetou outras drogas2	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Iddout2a no	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez outras drogas (anos) 2		

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E1 – Uso de drogas	Iddout2 mes	Número	Com que idade consumiu/injetou pela primeira vez outras drogas (meses) 2		
	E1 – Uso de drogas	Out26M	Número	Nos últimos 6 meses consumiu outras drogas 2	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Out21M	Número	No último mês consumiu outras drogas 2	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
	E1 – Uso de drogas	Out21M inj	Número	No último mês injetou outras drogas 2	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
E2.1	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	nInj6M	Número	Quantos meses, durante os últimos seis, injetou drogas		Valor mínimo 0; Valor máximo 6
E2.2.	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	freqInj6M	Numero	Quantas vezes, em média, injectaram drogas		
E2.3	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Ndia6M	Número	Por mês, quantos dias injetou em média		Valor mínimo 1; Valor máximo 31

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
E2.4	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	nVez6M	Número	Por dia, quantas vezes injetou em média		
E2.5	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	obtvAgul	Texto	Lugares onde obteve agulhas e seringas nos últimos 6 meses		
E2.5.1	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Nagulsem	Número	Quantas agulhas ou seringas obteve por semana nos últimos 6 meses	1- 1 a 7 2- 8 a 14 3- 15 a 21 4- 22 a 30 5- Mais do que 30	
E2.5.2	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	nagulmes	Número	Quantas agulhas ou seringas obteve por mês nos últimos 6 meses	1- 1 a 7 2- 8 a 14 3- 15 a 21 4- 22 a 30 5-Mais do que 30	
E2.5.3	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	agulsuf	Número	As agulhas ou seringas são suficientes para o seu consumo individual nos últimos 6 meses	1-Sim 0-Não	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
	E2 – Injeção e comportamentos de partilha		Texto	Se as agulhas e seringas não são suficientes, indicar o porquê		
E2.6	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	reutilAguI	Número	Alguma vez reutilizou agulhas ou seringas nos últimos 6 meses	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
E2.7	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	PartMat	Numero	Alguma vez partilhou material de injeção nos últimos 6 meses	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
E2.7.1.	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	partMatInj	Numero	Nos últimos 6 meses, quando injetou drogas partilhou material de injeção	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
E2.7.2	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	nDifPartMatInj	Número			Máximo 2 dígitos

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
E2.7.3	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	PartReg	Número	Nos últimos 6 meses teve por hábito partilhar agulhas e seringas regularmente	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
E2.7.4 a)	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	FreqPart Parc	Número	Partilhou seringas ou agulhas com um único parceiro	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 8-Não sabe	
E2.7.4 b)	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	FreqPart Fam	Número	Partilhou seringas ou agulhas com um familiar	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 8-Não sabe	
E2.7.4 c)	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	FreqPart Amg	Número	Partilhou seringas ou agulhas com um amigo próximo	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 8-Não sabe	
E2.7.4 d)	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	FreqPart Traf	Número	Partilhou seringas ou agulhas com traficante ou outra pessoa	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 8-Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
E2.7.4 e)	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	FreqPart Out	Número	Partilhou seringas ou agulhas com outra pessoa que não conhecia bem	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 8-Não sabe	
E2.7.4 f)	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	FreqPart Desc	Número	Partilhou seringas ou agulhas com nenhum dos anteriores, desconhecido	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 8-Não sabe	
E2.8.	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	agulUsd	Número	Alguém lhe deu agulhas ou seringas usadas nos últimos 6 meses	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
E2.8.1	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	AgulUsd Conh	Número	Conhece as pessoas com quem partilhou seringas ou agulhas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
E2.8.2	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	PartAgul Usd	Número	Partilhou regularmente material de injeção com essas pessoas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	AgulLim p	Texto	Como é que limpa as agulhas e seringas que utiliza		A base converte para texto
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Ag Qt	Número	Limpa com água quente	1-Sim 0-Não	
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Ag Fr	Número	Limpa com água fria	1-Sim 0-Não	
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Ferv	Número	Limpa com água a ferver	1-Sim 0-Não	
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Sabao	Número	Limpa com sabão	1-Sim 0-Não	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Lixv	Número	Limpa com lixivia	1-Sim 0-Não	
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Alcool	Número	Limpa com álcool	1-Sim 0-Não	
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Nlimp	Número	Não limpa	1-Sim 0-Não	
E2.9	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Outr	Número	Limpa de outra forma	1-Sim 0-Não	
E2.11	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	Inj1M	Número	No último mês injetou drogas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
E2.11.1	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	QdInj	Número	Há quanto tempo injetou drogas pela ultima vez	1-Menos de um ano 2-1 a 2 anos 3- 3 a 5 anos 4 – Mais de 5 anos	
E2.11.2	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	iddInjPar ouAno	Número	Idade que tinha quando deixou de usar drogas injetáveis (anos)		Máximo 2 dígitos
E2.11.2	E2 – Injeção e comportamentos de partilha	iddInjPar ouMes	Número	Idade que tinha quando deixou de usar drogas injetáveis (meses)		Máximo 2 dígitos
F1	F – Permanência em estabelecimento prisional	Preso	Número	Alguma vez esteve preso	1-Sim 0-Não	
F1.1.	F – Permanência em estabelecimento prisional	npreso	Número	Número de vezes que esteve preso		Máximo 2 dígitos

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
F1.2.	F – Permanência em estabelecimento prisional	maxPresoAno	Número	Máximo de tempo que esteve preso (anos)		
F1.2.	F – Permanência em estabelecimento prisional	maxPresoMes	Número	Máximo de tempo que esteve preso (meses)		
F2.	F – Permanência em estabelecimento prisional	InjPreso	Número	Alguma vez injetou drogas na prisão	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
F2.1	F – Permanência em estabelecimento prisional	InjPresoAgulUsd	Número	As drogas foram injetadas com agulhas e seringas usadas	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
F3	F – Permanência em estabelecimento prisional	SexPreso	Número	Teve relações sexuais durante o tempo que esteve preso	1-Sim 0-Não 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
F3.1.	F – Permanência em estabelecimento prisional	Preserv Preso	Número	Usou preservativos nas relações sexuais que tiveram durante o tempo que esteve preso	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
G1.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	opst	Número	Teve relações sexuais com um único parceiro do sexo oposto	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
G1.1.1.	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	FreqOpst	Número	Com que frequência teve relações sexuais com um único parceiro do sexo oposto	1-Diariamente ou quase diariamente 2-Semanalmente 3-Quinzenalmente 4-Mensalmente 5-<1 vez por mês	
G1.1.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	OpstInj	Número	O parceiro injetava drogas	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	
G1.1.3	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	OpstInf	Número	O parceiro estava infetado com VIH/VHC/VHB	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
G1.1.3.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	infOpst	Número	Infeção	VIH_opst VHC_opst VHB_opst	
G1.1.3.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	preservopst	Número	Foram usados preservativos nessas relações sexuais	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
G1.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	Difopst	Número	Teve relações sexuais com diferentes parceiros do sexo oposto	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
G1.2.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	qtDifOpst	Número	Com quantos parceiros do sexo oposto manteve relações sexuais	1-2 a 3 2-4 a 6 3-Mais de 6 8-Não sabe	
G1.2.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	FreqDifOpst	Número	Com que frequência teve relações sexuais com diferentes parceiros do sexo oposto	1-Diariamente ou quase diariamente 2-Semanalmente 3-Quinzenalmente 4-Mensalmente 5-<1 vez por mês	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
G1.2.3	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	InjDifOpst	Número	Algum desses parceiros injetava drogas	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	
G1.2.4	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	Difopstinf	Número	Os parceiros estavam infetados com VIH/VHC/VHB	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	
G1.2.4.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	InfDifOpst	Número	Infeção	VIH_difopst VHC_difopst VHB_difopst	
G1.2.4.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	PreservDifOpst	Número	Foram usados preservativos nessas relações sexuais	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
G1.3	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	mesm	Número	Teve relações sexuais com um único parceiro do mesmo sexo	1-Sim 0-Não 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
G1.3.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	FreqMesm	Número	Com que frequência teve relações sexuais com um único parceiro do mesmo sexo	1-Diariamente ou quase diariamente 2-Semanalmente 3-Quinzenalmente 4-Mensalmente 5-<1 vez por mês	
G1.3.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	Mesminj	Número	O parceiro injetava drogas	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	
G1.3.3	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	mesmInf	Número	O parceiro estava infetado com VIH/VHC/VHB	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	
G1.3.3.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	InfMesm	Número	Infeção	VIH_mesm VHC_mesm VHB_mesm	
G1.3.3.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	PreservMesm	Número	Foram usados preservativos nessas relações sexuais	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
G1.4	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	difMesm	Número	Teve relações sexuais com diferentes parceiros do mesmo sexo	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
G1.4.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	qtDifMesm	Número	Com quantos parceiros do mesmo sexo manteve relações sexuais	1-2 a 3 2-4 a 6 3-Mais de 6 8-Não sabe	
G1.4.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	FreqDifMesm	Número	Com que frequência teve relações sexuais com diferentes parceiros do mesmo sexo	1-Diariamente ou quase diariamente 2-Semanalmente 3-Quinzenalmente 4-Mensalmente 5-<1 vez por mês	
G1.4.3	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	injDifMesm	Número	Algum desses parceiros injetava drogas	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	
G1.4.4	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	DifMesmInf	Número	Os parceiros estavam infetados com VIH/VHC/VHB	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
G1.4.4.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	InfDifMesm	Número	Infeção	VIH_difopst VHC_difopst VHB_difopst	
G1.4.4.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	PreservDifMesm	Número	Foram usados preservativos nessas relações sexuais	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
G1.5	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	Prost	Número	Teve relações com alguém que faz sexo em troco de dinheiro ou bens	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
G1.5.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	Qtprost	Número	Com quantos parceiros nessa situação	1-1 a 3 2-4 a 6 3-Mais que 6 8-Não sabe	
G1.5.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	ProstInf	Número	Esses parceiros estavam infetados com VIH/VHC/VHB	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
G1.5.2.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	InfProst	Número	Infeção	VIH_difopst VHC_difopst VHB_difopst	
G1.5.3	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	Preserv Prost	Número	Foram usados preservativos nessas relações sexuais	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
G1.6	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	FoiProst	Número	Nos últimos 6 meses teve relações sexuais em troca de dinheiro ou bens materiais	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
G1.6.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	qtFoiProst	Número	Com quantas pessoas manteve relações sexuais em troca de dinheiro ou bens materiais		Máximo 3 dígitos
G1.6.2	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	FoiProst Inj	Número	Esses parceiros estavam infetados com VIH/VHC/VHB	1-Sim 0-Não 2-Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
G1.6.2.1	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	InfFoiProst	Número	Infeção	VIH_difopst VHC_difopst VHB_difopst	
G1.6.3	G1- Comportamentos sexuais nos últimos 6 meses	PreservFoiProst	Número	Foram usados preservativos nessas relações sexuais	1-Sempre 2-Algumas vezes 3-Nunca 7-Não responde	
G2.1	G2 – Métodos Contraceptivos	Contracept	Número	Uso de métodos contraceptivos nos últimos 6 meses	1-Sim 0-Não 7-Não responde	
G2.1.1	G2 – Métodos Contraceptivos	Contraceptvs	Texto	Qual o método contraceptivo usado		A base converte para texto
G2.1.1	G2 – Métodos Contraceptivos	Prvtv	Número	Uso Preservativo	1-Sim 0-Não	
G2.1.1	G2 – Métodos Contraceptivos	PrvtvF	Número	Uso Preservativo Feminino	1-Sim 0-Não	
G2.1.1	G2 – Métodos Contraceptivos	Pil	Número	Uso Pilula	1-Sim 0-Não	
G2.1.1	G2 – Métodos Contraceptivos	Intram	Número	Uso Contraceptivo Intramuscular	1-Sim 0-Não	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
G2.1.1	G2 – Métodos Contracetivos	Diu	Número	Uso Dispositivo Intrauterino	1-Sim 0-Não	
G2.1.1	G2 – Métodos Contracetivos	Dfrgm	Número	Uso Diafragma	1-Sim 0-Não	
G2.1.1	G2 – Métodos Contracetivos	Esponj	Número	Uso Esponja/Espermicida	1-Sim 0-Não	
G2.1.1	G2 – Métodos Contracetivos	Natrl	Número	Uso Método Natural	1-Sim 0-Não	
G2.1.1	G2 – Métodos Contracetivos	Estrlz	Número	Uso Esterilização	1-Sim 0-Não	
H1.	H – Tratamentos para a toxicod dependência	TratTxc	Número	Tratamento ou apoio relacionado com a toxicod dependência	1-Nunca recebeu 2-Primeiro	
H1.1	H – Tratamentos para a toxicod dependência	dtTratTxc	Data	Se recebeu tratamento pela 1ª vez, qual a data de inicio de tratamento	dd-mm-aaaa	
H1.2.	H – Tratamentos para a toxicod dependência	qdTratTxc	Número	Quando foi a primeira vez que fez tratamento	1-Menos de um ano 2- Um a dois anos 3- Três a cinco anos 4-Mais de cinco anos	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
H1.3 a)	H – Tratamentos para a toxicodependência	TratCat	Número	Tipo de tratamento recebido: Consultas nos CATs ou ETs	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	
H1.3 b)	H – Tratamentos para a toxicodependência	TratInt	Número	Tipo de tratamento recebido: Desabituação em internamento	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	
H1.3 c)	H – Tratamentos para a toxicodependência	TratMetda	Número	Tipo de tratamento recebido: Manutenção com metadona ou buprenorfina	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	
H1.3 d)	H – Tratamentos para a toxicodependência	TratTerap	Número	Tipo de tratamento recebido: Internamento em comunidade terapêutica > 1 mês	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	
H1.3 e)	H – Tratamentos para a toxicodependência	TratGrup	Número	Tipo de tratamento recebido: Grupos de autoajuda	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
H1.3 f)	H – Tratamentos para a toxicodependência	TratOut	Número	Tipo de tratamento recebido: outras	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	
I1	I – Conhecimentos e atitudes acerca do VIH/Sida	ConhVI H1	Número	Questão sobre se as pessoas podem proteger-se do vírus que causa a sida utilizando corretamente o preservativo	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	
I2	I – Conhecimentos e atitudes acerca do VIH/Sida	ConhVI H2	Número	Questão sobre se uma pessoa se pode infetar com o VIH por partilhar uma refeição com alguém que esta infetado	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	
I3	I – Conhecimentos e atitudes acerca do VIH/Sida	ConhVI H3	Número	Questão sobre se uma pessoa se pode infetar com o VIH ao injetar-se com uma agulha anteriormente usada por outros	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
I4	I – Conhecimentos e atitudes acerca do VIH/Sida	ConhVIH4	Número	Questão sobre se uma pessoa que injeta drogas se pode proteger do VIH ao passar a consumir drogas não injetáveis ou usando sempre material esterilizado.	1-Sim 0-Não 8- Não sabe	
K1	K - Tratamento Antiretrovírico	antiretro	Número	Toma alguma medicação anti retrovírica no momento atual	1-Sim 0-Não 2- Antes sim, atualmente não	Só para questionário = 60
K1.1	K - Tratamento Antiretrovírico	MedAR1 até MedAR6	Texto	Se sim na K1, qual a medicação que toma atualmente		Só para questionário = 60
K1.2.	K - Tratamento Antiretrovírico	medAR Ant1	Texto	Que medicação tomava antes de parar		Só para questionário = 60
K1.2	K - Tratamento Antiretrovírico	dtIniAR1	Data	Última data de início da terapia anti retrovírica	dd-mm-aaaa	Só para questionário = 60
K1.2	K - Tratamento Antiretrovírico	DtFimAR1	Data	Data de interrupção da terapia anti retrovírica	dd-mm-aaaa	Só para questionário = 60

Pergunta	Secção	Nome da variável	Tipo de variável	Descrição	Valores	Observações
K1.2	K - Tratamento Anti retrovírico	RzParA R1 até RzParA R6	Texto	Razão pela qual parou toma de medicação anti retrovírica	A- Falha no tratamento B-Toxicidade C-Redistribuição anormal de gordura D-Preocupação com doenças cardiovasculares E- Dislipidemia F-Doença Cardiovascular G-Reação de hipersensibilidade H-Diabetes I-Hiperlactatemia/acidose láctica J- Decisão tomada por vontade própria do utente K-Decisão médica não especificada acima L-ITE: interrupção de tratamento estruturado M-Outras causas, não especificadas acima N-Medicação deixou de estar disponível O-Razão desconhecida	Só para questionário = 60
K2		Obs	Texto	Informação adicional que o participante queira reportar		

#### Anexo 4. Variáveis em estudo

Para elaborar um modelo estatístico explicativo da associação entre algumas variáveis e a menor QdV nos UD VIH+ e VIH-, e dado o elevado número de categorias existentes no questionário, agruparam-se os estados de cada uma das variáveis (itens) para que no máximo existissem 20 categorias (número total de categorias é dado pelo cálculo  $K-1$ , sendo  $K$  o número de classes, ou seja, estados agrupados). Cada categoria tinha de ter no mínimo 10% da amostra total dos indivíduos em estudo. Desta forma as variáveis agrupadas contêm informação sobre:

		Variável	Categoria
A. Situação face ao VIH	A.	Situação face ao VIH	A.1. VIH positivo
			A.2. VIH negativo
B. Dados sociodemográficos	B.1.	Região do país	Norte
			Centro
	B.2.	Idade	18-31
			32-45
			46-59
	B.3.	Sexo	Masculino
			Feminino
	B.4.	Nacionalidade	Portuguesa
			Outra
	B.5.	Estado civil	Solteiro ou Divorciado ou Separado ou Viúvo
			Casado ou União de facto
	B.6.	Local de residência nos últimos seis meses	Casa ou apartamento próprio ou do(a) companheiro(a) / Casa ou apartamento arrendado / Casa ou apartamento de outras pessoas
			Quarto arrendado por dia / Abrigo ou residência do Estado
			Sem morada fixa / Prisão
			Outras
	B.7.	Vive só	Sim
			Não
	B.8.	Tem filhos	Sim
Não			
B.9.	Escolaridade	Não sabe ler nem escrever ou Sabe ler ou escrever, sem qualquer grau ou Não completou o ensino básico ou Ensino Básico (1º ciclo)	
		Ensino básico (2º ciclo) ou Ensino básico (3º ciclo)	
		Ensino secundário ou Bacharelato ou Licenciatura ou Outro	

	B.10.	Situação profissional	Exerce uma profissão a tempo inteiro ou Exerce uma profissão a tempo parcial ou Exerce uma profissão por conta própria
			Desempregado, mas à procura de emprego ou Desempregado, sem estar à procura de emprego
			Estudante ou Reformado ou Incapacitado
	B.11.	Principal fonte de rendimento	Emprego com salário fixo / Emprego em situação temporária / Trabalho em negócio de família / Trabalho por conta própria
			Benefícios sociais
			Rendimentos de familiares / Bolsa ou Empréstimo estudantil
			Não tem
			Outra
	B.12.	Montante mensal total dos rendimentos do agregado familiar	<250
			251-500
			>501
	B.13.	Quantas pessoas dependem/vivem desse rendimento	≤3
			4 a 6
≥7			
C. Consumo de álcool	C.1.	No último ano com que frequência bebeu 12 ou mais bebidas alcoólicas num único dia	Diariamente
			Semanalmente ou mensalmente ou <1 vez por mês
			Nunca
D. Historial clínico	D.1.	Como descreveria o seu estado de saúde atual	Excelente ou Bom
			Razoável
			Mau
	D.2.	Alguma vez teve Tuberculose ou Hepatite	Sim
			Não
E. Uso de drogas	E.1.	Alguma vez injetou drogas	Sim
			Não
F. Tratamento para a toxicodependência	F.1.	Alguma vez recebeu tratamento ou apoio relacionado com a toxicodependência	Nunca recebeu
			Primeiro episódio de qualquer tipo de tratamento ou Primeiro episódio de um novo tratamento
			Está em seguimento ou Já realizou tratamento no passado
As variáveis utilizadas no questionário sobre a QdV (Anexo 6) agregam informação sobre:			
G. Qualidade de Vida	G.1.	Faceta geral (qualidade de vida global e a perceção geral de saúde)	Como avalia a sua qualidade de vida
			Até que ponto se sente satisfeito(a) com a sua saúde

	G.2.	Domínio físico	<p>Em que medida as suas dores (físicas) o(a) impedem de fazer o que precisa de fazer</p> <p>Até que ponto se sente incomodado(a) com problemas físicos desagradáveis relacionados com a sua infeção VIH (apenas para questionários VIH seropositivos)</p> <p>Tem energia suficiente para a sua vida diária</p> <p>Até que ponto esta satisfeito(a) com o seu sono</p>
	G.3.	Domínio psicológico	<p>Até que ponto gosta da vida</p> <p>Até que ponto se consegue concentrar</p> <p>É capaz de aceitar a sua aparência física</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) consigo próprio(a)</p> <p>Com que frequência tem sentimentos negativos, tais como tristeza, desespero, ansiedade ou depressão</p>
	G.4.	Domínio nível de independência	<p>Em que medida precisa de cuidados médicos para fazer a sua vida diária</p> <p>Como avalia a sua mobilidade [capacidade para se movimentar e deslocar por si próprio(a)]</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade para desempenhar as atividades do seu dia-a-dia</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com a sua capacidade de trabalho</p>
	G.5.	Domínio relações sociais	<p>Em que medida se sente aceite pelas pessoas que conhece (apenas para questionários VIH seropositivos)</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com as suas relações pessoais</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com a sua vida sexual</p> <p>Até que ponto está satisfeito(a) com o apoio que recebe dos seus amigos</p>
	G.6.	Domínio ambiente	<p>Em que medida se sente em segurança no seu dia-a-dia</p> <p>Em que medida é saudável o seu ambiente físico</p> <p>Tem dinheiro suficiente para satisfazer as suas necessidades</p> <p>Até que ponto tem fácil acesso às informações necessárias para organizar a sua vida diária</p>

			Em que medida tem oportunidade para realizar atividades de lazer
			Até que ponto está satisfeito(a) com as condições do lugar em que vive
			Até que ponto está satisfeito(a) com o acesso que tem aos serviços de saúde
			Até que ponto está satisfeito(a) com os transportes que utiliza
	G.7.	Domínio espiritualidade, religião e crenças pessoais	Em que medida sente que a sua vida tem sentido
			Em que medida se sente incomodado(a) pelo facto das pessoas o(a) culparem pela sua condição de portador(a) do VIH (apenas para questionários VIH seropositivos)
			Até que ponto receia o futuro (apenas para questionários VIH seropositivos)
			Até que ponto se preocupa com a morte (apenas para questionários VIH seropositivos, pergunta C6h do questionário)

**Anexo 5. Características avaliadas pelos seis domínios e a faceta geral do questionário WHOQOL-HIV-Bref e WHOQOL-Bref.**

<b>Domínio</b>	<b>O que avalia</b>
Físico	Dor e desconforto
	Energia e fadiga
	Sono e repouso
	Sintomas (apenas nos VIH+)
Psicológico	Sentimentos positivos
	Pensamento
	Aprendizagem
	Memória e concentração
	Autoestima
	Imagem corporal e aparência
Relações sociais	Sentimentos negativos
	Relações pessoais
	Apoio social
	Atividade sexual
Meio ambiente	Inclusão social (apenas nos VIH+)
	Segurança física e proteção
	Ambiente no lar
	Recursos económicos
	Cuidados de saúde e sociais (disponibilidade e qualidade)
	Ambiente físico (poluição, barulho, trânsito e clima)
	Transporte
	Participação em atividades recreativas
Oportunidade para adquirir novas informações e competências	
Nível de independência	Mobilidade
	Atividade da vida quotidiana
	Dependência de medicação ou tratamento
Espiritualidade, religião e crenças pessoais	Capacidade de trabalhar
	Crenças pessoais, religiosas e espirituais
	Perdão e culpa (apenas nos VIH+)
	Preocupação sobre o futuro (apenas nos VIH+)
Faceta geral	Morte e morrer (apenas nos VIH+)
	Qualidade de vida geral
	Perceção geral da saúde