UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS

MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

VÍNCULO DE TRABALHO INFORMAL, QUALIDADE DE SONO RUIM E PIOR BEM ESTAR SUBJETIVO ESTÃO ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV

MARIANA FARIAS MENDONÇA

SANTOS

2018

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS
MESTRADO EM SAÚDE COLETIVA

VÍNCULO DE TRABALHO INFORMAL, QUALIDADE DE SONO RUIM E PIOR BEM ESTAR SUBJETIVO ESTÃO ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV

MARIANA FARIAS MENDONÇA

Dissertação apresentada ao Programa de Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para a obtenção do grau de

Mestre em Saúde Coletiva

Área de Concentração: Saúde, ambiente e mudanças sociais

Linha de pesquisa: Política, condição social e saúde
Orientadora: Profª Drª Elaine Cristina Marqueze

SANTOS
2018

[Dados Internacionais de Catalogação]
Departamento de Bibliotecas da Universidade Católica de Santos

---

Mendonça, Mariana Farias.
M539v Vínculo de trabalho informal, qualidade de sono ruim e pior bem estar subjetivo estão associados à capacidade para o trabalho entre pessoas vivendo com HIV. -/ Mariana Farias Mendonça; orientadora Elaine Cristina Marqueze. - 2018.
99 f.; 30 cm

Dissertação (mestrado) – Universidade Católica de Santos, Programa de Mestrado em Saúde Coletiva.

Bibliografia:

1. Capacidade para o trabalho. 2. Pessoas vivendo com HIV. 3. Bem-estar subjetivo. 4. Qualidade de sono. 5. Vínculo de trabalho. I. Marqueze, Elaine Cristina. II. Universidade Católica de Santos. III. Título.

CDU 1997 – 614(043.3)

Maria Rita C. Rebello Nastasi – CRB 8/2240

Nome: Mariana Farias Mendonça

Título: Vínculo de trabalho informal, qualidade de sono ruim e pior bem estar subjetivo estão associados à capacidade para o trabalho entre pessoas vivendo com HIV.

Dissertação apresentada ao Programa de Mestrado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos para obtenção do grau de Mestre em Saúde Coletiva.

Aprovada em: ___/____/____

Banca Examinadora

Profa. Dra. Elaine Cristina Marqueze. Instituição: UNISANTOS
Julgamento:_____. Assinatura:_____

Profa. Dra. Silvia Regina Viodres Inoue Instituição: UNISANTOS
Julgamento:_____. Assinatura:_____

Ilma. Sra. Dra. Regina Maria Vasconcellos de Lacerda. Coordenadora de projetos da Associação Santista de Pesquisa Prevenção e Educação. Instituição: SAE – Santos-SP
Julgamento:_____. Assinatura:_____

DEDICATÓRIA

À minha família, em especial ao meu pai, Ronaldo Mendonça (*in memoriam*), meu grande incentivador, que foi chamado à morada do Pai, abruptamente, antes mesmo da concretização desta nossa conquista.

AGRADECIMENTOS

A Deus, fonte de toda sabedoria, por abençoar todos os dias da minha vida, iluminar meus caminhos e dar forças para seguir sempre em frente.

Aos meus pais, Ronaldo (in memoriam) e Jacinta, que por uma vida de dedicação, amor e trabalho, sempre possibilitaram a oportunidade da realização dos meus sonhos e conquistas. Agradeço por todo amor, incentivo, dedicação e paciência. A vida toda dedicarei minhas vitórias a vocês.

Aos meus irmãos,

André e Gustavo, por me incentivarem e estarem sempre presentes em todas as etapas e conquistas de minha vida. Agradeço as palavras de conforto, perseverança e motivação incondicional que sempre me impulsionaram em direção à vitória dos meus desafios.

À Profa. Dra. Elaine Cristina Marqueze, um agradecimento especial pela orientação, oportunidade e confiança na condução deste estudo, pelos ensinamentos científicos e exemplo de profissional. Estendo meu agradecimento à doutoranda Pollyanna Pellegrino, pela paciência e co-orientação ao longo do desenvolvimento deste trabalho.

À Profa. Dra. Silvia Regina Viodres Inoue e a Ilma. Sra. Dra. Regina Maria Vasconcellos de Lacerda, por terem aceito nosso convite para integrar a minha banca de avaliação. Gratidão por todos os apontamentos e sugestões para o aprimoramento do meu estudo.

Aos meus tios e primos, por todo o incentivo e torcida positiva, a cada nova etapa da minha vida. Obrigada pelas palavras de perseverança.

Ao CNPq, pelo financiamento da pesquisa. Edital universal 455046/2014-0.

A todos os meus amigos, o meu muito obrigada por toda compreensão e ajuda prestada, em especial à amiga Júlia Magalhães. Agradeço o apoio, companheirismo, momentos de alegria e principalmente por serem bons amigos sempre.

“Aqueles que passam por nós, não vão sós, não nos deixam sós. Deixam um pouco de si, levam um pouco de nós”.

Antoine de Saint-Exupéry

RESUMO

Introdução: O advento da terapia antirretroviral (TARV) aumentou a expectativa de vida entre as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), o que facilitou também sua inserção ou manutenção no ambiente de trabalho. Por outro lado, as PVHIV carregam consigo o peso do diagnóstico, o estigma atribuído à doença, infecções e tumores oportunistas e dificuldades quanto às oportunidades profissionais. **Objetivo:** Avaliar os fatores associados à capacidade para o trabalho entre as pessoas vivendo com HIV (PVHIV), bem como estimar a prevalência da capacidade para o trabalho, do bem-estar subjetivo e da qualidade de sono em pessoas vivendo com HIV. **Métodos:** Trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional, de corte transversal em uma amostra de 122 PVHIV, que possuíam trabalho remunerado, formal ou informal, com idade igual ou superior a 18 anos e em tratamento com antirretrovirais (TARV), assistidas pelo serviço de assistência especializada em aids, do município de Santos/SP. Para avaliar os fatores associados à capacidade para o trabalho moderada ou baixa, foi realizada a análise de regressão logística. O modelo múltiplo foi ajustado pela jornada de trabalho diária, tempo de infecção pelo HIV e marcadores biológicos (carga viral, contagem de células CD4 e relação entre CD4/CD8)**. Resultados:** A idade média dos foi de 43,7 anos (DP 10,6 anos), sendo a maioria do sexo masculino (55,7%), solteiro (58,2%), com o ensino médio incompleto (65,6%) e com vínculo empregatício informal (52,1%). A média de tempo do uso da TARV foi de 7,2 anos (DP 6,6anos). A maioria apresentou capacidade para o trabalho ótima ou boa (55,7%), qualidade de sono ruim, tanto nos dias de trabalho quanto nos dias de folga (53,3% e 50,8%, respectivamente). O pior bem-estar subjetivo foi verificado em 41% das PVHIV. Independentemente da jornada de trabalho, do tempo de infecção pelo HIV e dos marcadores biológicos (carga viral, contagem de células CD4 e relação entre CD4/CD8), verificou-se que ter um trabalho informal, qualidade de sono ruim nos dias de trabalho e pior bem-estar subjetivo aumentou cerca de duas vezes a chance de se ter uma capacidade para o trabalho moderada ou baixa entre as PVHIV. **Conclusão:** O trabalho com vínculo informal, a qualidade de sono de ruim e o pior bem-estar subjetivo estão associados à pior capacidade para o trabalho entre pessoas vivendo com HIV, sendo elevadas as prevalências de capacidade moderada ou baixa para o trabalho, do bem-estar subjetivo e da qualidade de sono.

Palavras-chaves: Capacidade para o trabalho. Pessoas vivendo com HIV. Bem-estar subjetivo. Qualidade de sono. Vínculo de trabalho.

ABSTRACT

Introduction: The advent of antiretroviral therapy (ART) increased life expectancy among people living with HIV (PLWHIV), which also facilitated their insertion or maintenance in the work environment. On the other hand, PLWHIV carry the burden of diagnosis, the stigma attached to the disease, opportunistic infections and tumors, and difficulties in career opportunities. **Objective:** To evaluate the factors associated with work ability among people living with HIV (PLWHIV), as well as to estimate the prevalence of work ability, subjective well-being and quality of sleep in people living with HIV. **Methods:** This was a observational cross-sectional epidemiological study in a sample of 122 PLWHIV, who had formal or informal employment contract, aged 18 years or over and treated with antiretrovirals (ART), assisted by the service of specialized assistance in AIDS, of the municipality of Santos / SP. To evaluate the factors associated with moderate or low work ability, the logistic regression analysis was performed. The multiple model was adjusted for the working hours, time of HIV infection and biological markers (viral load, CD4 cell count and CD4/CD8 ratio). **Results:** The mean age was 43.7 years (SD 10.6 years); the majority were male (55.7%), single (58.2%), with incomplete secondary education (65.6% %) and with informal employment contract (52.1%). The mean time to use ART was 7.2 years (SD 6.6 years). The majority presented great or good work ability (55.7%), poor sleep quality, both on workdays and on days off (53.3% and 50.8%, respectively). The worst subjective well-being was seen in 41% in PLWHIV. Regardless of the working hours, time of HIV infection and biological markers, it has been found that having informal employment contract, poor sleep quality on working days, and worse subjective well-being has increased about twice the chance of having a moderate or low work ability among PLWHIV. **Conclusion:** Informal work, poor sleep quality, and worse subjective well-being are associated with worse work ability among people living with HIV, being high the prevalence of moderate or low work ability, subjective well-being and quality of sleep.

Keywords: Work ability. People living with HIV. Subjective well-being. Quality of sleep. Employment contract.

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DAS CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 40
TABELA 2 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DOS ASPECTOS DO TRABALHO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV, SANTOS, 2018. 41
TABELA 3 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM DOS ASPECTOS DE ESTILO DE VIDA E SAÚDE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 43
TABELA 4 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM REFERENTE À CAPACIDADE PARA O TRABALHO ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 45
TABELA 5 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM REFERENTES A PROBLEMAS DO SONO, NO MÊS ANTERIOR, DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 49
TABELA 6 - DISTRIBUIÇÃO DO NÚMERO E PORCENTAGEM REFERENTE AO BEM-ESTAR SUBJETIVO ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 51
TABELA 7 - VARIÁVEIS SOCIODEMOGRÁFICAS DE ACORDO COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 52
TABELA 8 - ASPECTOS DE TRABALHO DE ACORDO COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 52
TABELA 9 - VARIÁVEIS DE ESTILO DE VIDA DE ACORDO COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 53
TABELA 10 - USO DE MEDICAMENTOS DE ACORDO COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 53
TABELA 11 - VARIÁVEIS DE SAÚDE DE ACORDO COM A CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 55
TABELA 12 - REGRESSÃO LOGÍSTICA BIVARIADA E MÚLTIPLA DOS FATORES ASSOCIADOS À CAPACIDADE PARA O TRABALHO MODERADA OU BAIXA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 56

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - CLASSIFICAÇÃO DA CAPACIDADE PARA O TRABALHO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018.....44
GRÁFICO 2 - NÚMERO DE DOENÇAS, DIAGNOSTICADAS POR MÉDICO, ENTRE AS PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018.....46
GRÁFICO 3 - PREVALÊNCIA DE DOENÇAS AUTORREFERIDAS, DIAGNOSTICADAS POR MÉDICO, ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018.....47
GRÁFICO 4 - FREQUÊNCIA RELATIVA DA PERSPECTIVA DO SONO ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018.....48
GRÁFICO 5 - FREQUÊNCIA RELATIVA DO USO DE MEDICAÇÃO INDUTORA DO SONO ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018. 48
GRÁFICO 6 - FREQUÊNCIA RELATIVA DA QUALIDADE DO SONO EM DIAS DE FOLGA E EM DIAS DE TRABALHO DAS PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018.....49
GRÁFICO 7 - FREQUÊNCIA RELATIVA REFERENTE AO BEM-ESTAR SUBJETIVO DE PESSOAS VIVENDO COM HIV. SANTOS, 2018.....50

LISTA DE ABREVIATURAS

AZT	Zidovudina
BES	Bem-estar subjetivo
CT	Capacidade para o trabalho
CLT	Consolidação das leis trabalhista
CDC	Centro de controle da doença e prevenção
DS	Distúrbio do sono
EGG	Eletroencefalograma
ESS	Estatuto sócio econômico
FIOH	Instituto finlândes de saúde ocupacional
HAART	Terapia combinada de alta potência
HPA	Hipotálamo-pituitária-adrenal
ICT	Índice de capacidade para o trabalho
IF	Inibidor de fusão
II	Inibidor de integrase
IP	Inibidor de protease
ITRN	Inibidor da transcriptase reversa análogo de nucleosídeo
ITRNN	Inibidor da transcriptase reversa não análogo de nucleosídeo
NSQ	Núcleo supraquiasmático
OMS	Organização mundial de saúde
ONU	Organização das nações unidas
PSQI	Índice de qualidade do sono de Pittsburgh
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
QS	Qualidade do sono
RP	Razão de prevalência
SUBI	Inventário de bem estar subjetivo
TARV	Terapia antirretroviral
UDI	Usuários de drogas injetáveis

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO 13
1.1 Aids 13
1.2 Tratamento 16
1.3 Pessoas vivendo com HIV e o trabalho 18
1.4 Capacidade para o trabalho entre pessoas vivendo com HIV 20
1.5 Bem-estar subjetivo entre pessoas vivendo com HIV 22
1.6 Sono entre pessoas vivendo com HIV 26
2 OBJETIVOS 30
2.1 Objetivo geral 30
2.2 Objetivos específicos 30
3 MÉTODOS 31
3.1 Tipo de estudo 31
3.2 População e amostra 31
3.3 Coleta de dados 32
3.4 Critérios de inclusão 32
3.5 Variáveis do estudo 32
3.5.1 Variável dependente 32
3.5.2 Variáveis independentes 35
3.5.2.1 Qualidade de sono 35
3.5.2.2 Bem-estar subjetivo (BES) 35
3.5.2.3 Características sociodemográficas 36
3.5.2.4 Aspectos de trabalho 36
3.5.2.5 Estilo de vida e saúde 37
3.5.3 Variáveis de ajuste 37
3.6 Análise dos dados 38
3.7 Aspectos éticos 38
4 RESULTADOS 40
4.1 Características sociodemográficas 40
4.2 Aspectos de trabalho 41
4.3 Estilo de vida e saúde 43
4.4 Índice de capacidade para o trabalho – ICT 44
4.5 Qualidade do sono 47
4.6 Bem-estar subjetivo 50

4.7 Capacidade de trabalho relacionada às características sociodemográficas, do trabalho, saúde, e estilo de vida.....51
4.8 Fatores associados à capacidade para o trabalho moderada ou baixa.....56
5 DISCUSSÃO 57
6 CONCLUSÃO.....65
REFERÊNCIAS 66
Anexo 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos para realização da pesquisa.....76
Anexo 2 – Instrumento de coleta de dados 77
Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido 93
Anexo 4 – Aprovação do comitê de ética em pesquisa.....96

1 INTRODUÇÃO

Inesgotáveis pesquisas apontam sobre o impacto negativo do vírus HIV sobre a vida das pessoas, e contribuem para avanços dos conhecimentos nessa área. Entretanto, percebe-se que não existe igual preocupação em relação à importância do fator capacidade para o trabalho sobre esta população, tão estigmatizada (ELZI et al., 2016; RODOVALHO; TORUNSKY, 2016).

Apesar de ainda não termos a cura com o advento da terapia antirretroviral (TARV), os indivíduos infectados pelo HIV, em adesão ao tratamento, com a manutenção das contagens de linfócitos T CD4 acima de 500 células/mm^3 e carga viral indetectável, estão tão longevos e apresentando rendimentos profissionais semelhantes à população geral (BRASIL, 2014; LIU, et al., 2013).

Características sociodemográficas, aspectos de trabalho, estilo de vida e saúde, bem-estar subjetivo e qualidade sono, podem ter associações em relação à capacidade para o trabalho (CT) deste grupo populacional (FISCHER et al., 2005; MÜLLER; GUIMARÃES, 2007; SANTOS; GONÇALVES, 2015; SIQUEIRA; PADOVAN, 2008; VASCONCELOS et al., 2011). Diante do exposto, faremos um breve histórico a respeito da doença aids, para em seguida falarmos a respeito da relação entre pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e o trabalho, além do bem-estar subjetivo e da qualidade do sono desta população.

1.1 Aids

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida - Aids é uma doença que afeta principalmente o sistema imunológico, causando imunossupressão, podendo estar associada à ocorrência de infecções oportunistas, bem como a alguns tipos de neoplasias. Causada pelo vírus da imunodeficiência humana, o HIV, consiste em um dos grandes desafios contemporâneos, representando um intenso duelo para a Saúde Pública mundial, uma vez que gera inúmeras consequências imunológicas, causando falha nas defesas do hospedeiro. Em não se tratando a infecção, gerada por este vírus, ocorre a consequente progressão para a doença aids (LORETO; AZEVEDO-PEREIRA, 2012).

Historicamente, os primeiros casos de HIV ocorreram na década de 80, sendo reconhecido oficialmente como doença em 1981, em função do aumento de casos de Sarcoma de Kaposi e de pneumonia por *Pneumocystis Carinii,* entre homens

homossexuais em cidades dos Estados Unidos (FONSECA; SZWARCWALD; BASTOS, 2002). No ano de 1983, o vírus foi isolado e, observou-se tratar-se de um retrovírus, o grande responsável pelo quadro de imunossupressão que acompanhava a nova patologia. Patologia esta, que viria a se tornar uma gigantesca pandemia, gerando impacto social sem precedentes.

Relatórios do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids - UNAIDS mostram que, no ano de 2016, haviam 36,7 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo, sendo 34,5 milhões de adultos (homens e mulheres), dentre os quais, 17,8 milhões eram mulheres acima dos 15 anos de idade. As crianças abaixo dos 15 anos perfaziam 2,1 milhões do total das PVHIV mundialmente. Em 2017, o Brasil além de ser o país mais populoso da América Latina, é também quem mais concentra casos de novas infecções pelo HIV. Nosso país responde por 40% das novas infecções, enquanto Argentina, Venezuela, Colômbia, Cuba, Guatemala, México e Peru respondem por outros 41% desses casos, segundo o UNAIDS (UNAIDS, 2017).

As principais formas de transmissão podem ocorrer pelo compartilhamento de fluidos biológicos infectados, como sangue e sêmen, através de relações sexuais, compartilhamento e acidentes com perfuro cortantes contaminados, instrumentais cirúrgicos contaminados, transmissão vertical durante a gestação, parto ou amamentação (TSE; YANG; HUANG, 2015).

O sistema imunológico é fundamental no combate de microorganismos invasores, na remoção de células mortas, detritos celulares e no estabelecimento da memória imunológica. Os leucócitos são células que desempenham suas atividades nos processos inflamatórios e imunológico nos tecidos dos mamíferos e compreendem os granulócitos polimorfonucleares (neutrófilos, eosinófilos e basófilos) e os monócitos (macrófagos e linfócitos) (LEANDRO et al., 2007; ABBA; LICHTMAN, 2015).

A ação do HIV consiste na infecção das células do sistema imunológico, iniciada com a ligação do envelope proteico viral com o linfócito T, através de moléculas da superfície da membrana celular, denominadas CD4+. O vírus liga-se a este receptor e converte seu RNA em DNA (replicação viral), para, assim, poder utilizar-se da maquinaria da célula humana na criação de novos vírus, que irão infectar novas células (ABBAS; LICHTMAN, 2015).

Na primeira fase da infecção, que varia de três a seis semanas, ocorre a incubação do HIV até o surgimento dos primeiros sinais da doença. Neste período, os sintomas são muito parecidos com os de uma gripe, como febre e mal-estar. Após este período, ocorre a interação entre as células de defesa e as rápidas mutações do vírus. Entretanto, esse

período é assintomático, pois não enfraquece o organismo o suficiente para permitir novas doenças. Com o frequente ataque do vírus, as células de defesa começam a funcionar com menos eficiência até serem destruídas. Esta fase é denominada sintomática, e é caracterizada pela alta redução de CD4, que chegam a ficar abaixo de 200 unidades por mm³ de sangue. Em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades. Os sintomas mais comuns são: febre, diarreia, suores noturnos e emagrecimento. A baixa imunidade permite o aparecimento de doenças oportunistas, que recebem esse nome por se aproveitarem da baixa imunidade do organismo. Com isso, atinge-se o estágio mais avançado da doença, denominada aids. Aqueles que chegam a essa fase, seja por não saber da sua infecção ou não seguir o tratamento indicado pela equipe de saúde, podem sofrer de hepatites virais, tuberculose, pneumonia, toxoplasmose e alguns tipos de câncer (BRASIL, 2018).

Desde o primeiro caso de HIV diagnosticado, em 1981, as características epidemiológicas desta pandemia se modificaram profundamente. A princípio, quando havia pouco conhecimento sobre o HIV e a aids, a infecção parecia estar limitada a homossexuais, usuários de drogas injetáveis, hemofílicos e profissionais do sexo. Na década de 90, a infecção disseminou-se entre homens e mulheres heterossexuais de baixa renda e escolaridade e, consequentemente, em crianças através da transmissão vertical. Posteriormente, pessoas idosas passaram a ser alvo do HIV, em virtude do aumento da longevidade, pouca informação e a falta de cultura do sexo protegido (BRASIL, 2017; DE SOUZA; LEITE, 2016; FERNANDES et al., 2017; SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

Mundialmente, a partir do início dos anos 2000, de acordo com a ONU (2015), as mulheres passaram a ser maioria dos infectados pelo HIV entre jovens de 15 a 24 anos – faixa etária em que a epidemia tem crescido fortemente. O Brasil, no entanto, indo na contramão dos demais países apresenta aumento da infecção entre homens jovens, homossexuais e bissexuais (FERNANDES et al., 2017; BRASIL, 2017).

Segundo o Ministério da Saúde, houve aumento superior a 50% no número de casos da doença nos jovens brasileiros entre 15 e 24 anos, passando de 7,7 casos por 100 mil habitantes no ano de 2006, para 11,8 casos por 100 mil habitantes em 2012. Simultaneamente, neste mesmo grupo populacional, houve uma queda de 32% de novos casos, em outros países do mundo, sinalizando que houve uma regressão brasileira na luta contra a aids (ONU, 2015).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/Aids relançou, em 2018, o “Atlas de Populações-chave’”, ferramenta online que fornece informações sobre membros

de populações-chave em todo o mundo. Hoje, os grupos de maior risco incluem “profissionais do sexo, homens gays e outros homens que fazem sexo com homens, pessoas que usam drogas injetáveis, pessoas transexuais e pessoas em prisões e outros ambientes privativos de liberdade” (UNAIDS,2018).

Em virtude da atual mudança das características sociodemográficas e epidemiológicas da doença, o governo brasileiro adotou medidas para diminuir a epidemia da aids, aumentando a cobertura de testagem de HIV em populações de maior risco, além de proporcionar tratamento a todos indivíduos contaminados pelo vírus, independentemente da contagem de célula CD4 em seu sistema imunológico (ONU, 2015; BRAGA et al., 2017).

Em média, a pessoa infectada pelo HIV leva de oito a dez anos para começar a desenvolver os sintomas da aids. Na maioria das vezes, a pessoa apenas descobre a contaminação em virtude do aparecimento de alguma infecção oportunista (DE SOUZA; LEITE, 2016). Os primeiros pacientes procuravam os serviços de saúde já bastante debilitados, com imunidade extremamente reduzida, o que acarretava diversas infecções e tumores oportunistas que culminavam em breve óbito (LIMA; OLIVEIRA; CARVALHO, 2014).

No decorrer dos anos, o aprimoramento dos conhecimentos acerca da síndrome e, especialmente, do agente etiológico, permitiu uma melhor e maior eficácia na abordagem diagnóstica e terapêutica das infecções e tumores oportunistas, proporcionado uma melhor sobrevida e qualidade de vida aos pacientes acometidos pela aids. O desenvolvimento e aperfeiçoamento de testes laboratoriais, a utilização de múltiplos fármacos antirretrovirais e a criação de políticas públicas, são fatores históricos de relevância desde o surgimento da doença (GRANGEIRO; SILVA; TEIXEIRA, 2009).

1.2 Tratamento

Após os avanços alcançados acerca dos conhecimentos da infecção pelo HIV, destacaremos a evolução ocorrida no tratamento antirretroviral.

A descoberta, em 1986, que a droga zidovudina (AZT), medicamento utilizado no tratamento do Sarcoma de Kaposi, também inibia a transcriptase reversa do vírus e auxiliava na melhora do quadro geral da aids, foi um marco no contexto do HIV. No princípio dos anos 90, surgiram novas medicações, que foram agrupadas em Inibidores da Transcriptase Reversa Análogos de Nucleosídeos (ITRN) e Inibidores da Trancriptase Reversa Não Análogos de Nucleosídeos (ITRNN) (SCHAURICH; COELHO; MOTTA,

2006). De 1994 a 1996, consolidou-se a terapia dupla como padrão terapêutico e, a partir de 1996, adotou-se a terapia tríplice, com a introdução dos inibidores de protease (CATUNDA; SEIDL, 2017).

Os novos regimes terapêuticos têm demonstrado a capacidade de reduzir, ou mesmo tornar indetectável, a carga viral do HIV, uma vez que alteram o curso natural da infecção pelo vírus, possibilitando o controle, a entrada do HIV e a transcrição reversa, fazendo com que, caso o vírus entre em contato com o indivíduo, ele não ataque as células CD4 (WHO, 2012; UNAIDS, 2010).

Hoje, dispomos de cinco classes de antirretrovirais. Além, dos ITRN e ITRNN, temos os inibidores da protease (IP), inibidor de fusão (IF) e inibidor da integrasse (II) (BRASIL, 2014). De acordo com o ministério da saúde, os portadores de HIV têm acesso a 22 medicamentos antirretrovirais, em 38 apresentações (BRASIL, 2017).

O advento da terapia antirretroviral (TARV), em 1996, é reconhecido como momento de extrema importância no combate à aids. Refere-se à combinação dos potenciais antirretrovirais de diferentes tipos ou categorias, objetivando minimizar a mutagenicidade do vírus (BRAGA et al, 2017).

O elevado teor mutagênico viral é atribuído à falta de reparo pela transcriptase reversa durante a transcrição do RNA viral em DNA, dentro da célula hospedeira, podendo levar à perda da eficácia do tratamento. Atualmente, terapia recomendada consiste na combinação de três inibidores de enzimas essenciais para a replicação do vírus, com a utilização de pelo menos duas diferentes classes de fármacos (DA-YONG-LU, et al. 2017).

A TARV foi um relevante avanço terapêutico para o gerenciamento vírus entre as PVHIV, além de diminuir a morbidade e a mortalidade desta população alvo. Hoje, o uso de medicações no tratamento da aids é indispensável para reduzir a quantidade de vírus no organismo, ainda que não existam alternativas para combater o reservatório de vírus latente, ou em ciclo lisogênico (BRAGA et al., 2017).

Vale ressaltar que em 1996 a cidade de Santos/SP foi a pioneira no Brasil, em implantar o acesso gratuito e universal às medicações antirretrovirais. No ano de 2013, destacou-se por ser o primeiro país em desenvolvimento e do terceiro do mundo a iniciar imediatamente o uso da Terapia Antirretroviral (TARV) a todas as pessoas que viviam com HIV (BRASIL, 2016).

Desde então, no Brasil, o Ministério da Saúde garante aos portadores do vírus HIV tratamento completo e gratuito pelo Sistema Único de Saúde (SUS), independentemente de seu estado imunológico (contagem de linfócitos T CD4). O acesso universal ao

tratamento antirretroviral requer contínuos estudos e melhorias do arsenal terapêutico para os casos em que, pessoas que desenvolvam resistência ao tratamento, possam fazer uso de outras opções medicamentosas (DOS REIS JUNIOR; BRAGA; PAVANELLI, 2017).

Em se tratando de prevenção, o governo oferece distribuição de preservativos gratuitamente e tratamento pós-exposição ao HIV (PEP). A PEP é uma medida de prevenção à infecção pelo HIV que consiste no uso de medicação em até 72 horas após qualquer situação em que exista risco de contato com o HIV, porém não substitui a camisinha (BRASIL, 2017).

A TARV além de ser capaz de reduzir a letalidade e a morbidez da infecção pelo HIV, altera os rumos clínicos das doenças oportunistas e das auto-imunes (JABŁONOWSKA; DROBNIEWSKI; STĘPIEŃ, 2010; NADAL; MANZIONE, 2009).

Diversas reações adversas e efeitos colaterais estão relacionados ao tratamento, como alterações psíquicas, cardiovasculares, endócrino-metabólicas e físicas que levam ao desenvolvimento de outras comorbidades, como hipertensão, diabetes mellitus, dislipidemias, disfunções hormonais, alterações hematológicas (anemia, leucopenia e trombocitopenia), nefropatias e manifestações psicossociais. Náuseas, alucinações, alterações do sono, pancreatite, diarreia, anorexia, astenia, cefaleia, também estão entre os distúrbios encontrados, que podem ser considerados como efeitos adversos da TARV (JABŁONOWSKA; DROBNIEWSKI; STĘPIEŃ, 2010).

Mesmo diante das reações adversas e dos efeitos colaterais citados, verifica-se o aumento da longevidade, bem como da sua qualidade de vida, com o uso da TARV. Dessa forma, essas pessoas passam a ter uma inserção social e também profissional muito positiva, e é nessa perspectiva, que o presente trabalho configura-se. A seguir será abordado a questão do trabalho entre as PVHIV.

1.3 Pessoas vivendo com HIV e o trabalho

O trabalho pode exercer função de alicerce, possibilitando acesso ao consumo, às condições de subsistência e à proteção da legislação trabalhista. É pela mediação do labor que os indivíduos, historicamente, organizam suas relações sociais com o meio ambiente, visto que são, simultaneamente, produtor e produto do meio social (ANNEQUIN et al., 2015). Assim sendo, o trabalho é um mediador à integração social, econômica e cultural, com importância no subjetivismo de todas as pessoas (SELIGMANN-SILVA et al., 2010); além de ser essencial e fonte de dignidade na vida do ser humano, visto que,

através deste, pode obter-se realização pessoal e profissional para colher os frutos que o processo de trabalho proporciona tanto no mercado de trabalho, quanto na saúde coletiva (PELLEGRINO, 2016).

A globalização financeira e/ou a mundialização da precarização social, agregada as inovações tecnológicas e novas formas de gestão causaram mudanças no mundo do trabalho (SELIGMANN-SILVA et al., 2010), ao quais as pessoas vivendo com HIV estão incluídas. O diagnóstico do HIV pode impactar tanto no meio familiar, quanto no social. PVHIV carregam consigo não apenas o diagnóstico de uma condição crônica, mas também o estigma que ainda é inerente à doença, o impacto na saúde através de doenças oportunistas e, na maioria das vezes, a falta de oportunidades profissionais devido ao preconceito (BELÍSIO, 2014).

Indiscutivelmente, o advento da TARV representa o grande responsável pelo aumento da longevidade e da qualidade de vida das PVHIV. Atualmente as PVHIV estão mais participativas na sociedade de uma forma geral, com bons níveis de produtividade profissional, que ultrapassam, inclusive, a idade para aposentadoria. Este cenário tem implicado em mudanças de hábitos e atitudes para lidar com os impactos sociais gerados (CDC, 2013). A reflexão sobre as importantes mudanças ocorridas na evolução da infecção pelo HIV, especialmente no que concerne às PVHIV em ressignificar a doença e conviver com a mesma, nesta perspectiva de cronicidade, passou a ser fundamental (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006).

O melhor gerenciamento da infecção pelo HIV, advindo da TARV, contribui com benefícios psicossociais positivos, dente eles, permitir que as PVHIV permaneçam no mercado de trabalho. A experiência do adoecimento, através da infecção pelo HIV, traz consigo fortes sinais de exclusão, segregação e vulnerabilidade social, uma vez que os interesses sociais dos tempos atuais estão diretamente interligados à produção capitalista (FRANCO, 2013). No entanto, apesar da melhoria no controle da doença proporcionar a possibilidade de se ter um bom rendimento profissional, altas taxas de desemprego são comuns entre as PVHIV em todo o mundo (LIU et al., 2013). A taxa de desemprego mundial nesta população varia de 23 a 65% (FOGARTY et al., 2007); no Brasil não há estudos com essa informação. Essas taxas são superiores quando comparadas às pessoas sem HIV, cuja média de desemprego é em torno de 6% no mundo (SILAGADZE, 2017) e de 13% no Brasil em 2017 (IBGE, 2017).

Diante do exposto, é certo que as PVHIV, além de se defrontarem com as implicações inerentes à doença, ainda necessitam administrar problemas de ordem social e econômica, como a exclusão do mercado de trabalho ou problemas no ambiente de

trabalho (FERREIRA; FIGUEIREDO, 2006). Desta forma, a seguir, buscaremos compreender a capacidade para o trabalho entre as PVHIV.

1.4 Capacidade para o trabalho entre pessoas vivendo com HIV

O conceito de capacidade para o trabalho refere-se à habilidade que o trabalhador possui, em meio a um processo dinâmico, englobando características individuais, exigências do trabalho, questões sociodemográficas, estilo e qualidade de vida, além do processo de envelhecimento, para a execução de suas atividades laborais. Diante da análise desta interação de aspectos, estima-se a capacidade laboral individual (ILMARINEN, 2001).

A mensuração da capacidade para o trabalho é realizada através do índice de capacidade para o trabalho (ICT), instrumento estruturado com base nos estudos realizados pelo Instituto de Saúde Ocupacional da Finlândia (FIOH), que permite avaliar e detectar, precocemente, alterações, predizer a incidência de incapacidade de trabalhadores em fase de envelhecimento, além de ser usado como instrumento para subsidiar informações, direcionando medidas preventivas (MARTINEZ et al., 2010). O contexto histórico que permeia a criação do índice de capacidade para o trabalho diz respeito ao crescente processo mundial de envelhecimento da população trabalhadora, a globalização e a reestruturação produtiva, trazendo à tona questões como idade ideal para aposentadoria, saúde ocupacional e capacidade para o trabalho (CAMARANO; PASINATO, 2008). Com o aumento da expectativa de vida, bem como a diminuição da taxa de natalidade, fez-se necessário a implementação de políticas governamentais, objetivando postergar a aposentadoria dos trabalhadores e, dessa forma, tentar balancear a razão entre população economicamente ativa e a inativa (ILMARINEN, 2001). A diminuição da capacidade laboral aumenta a chance da aposentadoria precoce, da necessidade de longos períodos de afastamento ou da incapacidade para desempenho da sua função (LINDBERG, 2006).

A promoção da capacidade para o trabalho necessita levar em consideração, não apenas o envelhecimento populacional, mas também a grande demanda de doenças crônicas e infectocontagiosas, como as doenças cardiovasculares, musculoesqueléticas, assim como a infecção pelo HIV (WONG; CARVALHO, 2006).

Os problemas de saúde contribuem de maneira direta para o desemprego e a aposentadoria precoce, especialmente entre as idades mais avançadas, representando

um relevante problema de saúde pública (MAURO et al., 2004; WONG; CARVALHO, 2006).

Nas últimas décadas, para a saúde pública, a visão exclusivamente biológica da saúde, foi superada, sendo entendida, hoje, como uma concepção mais abrangente e pautada numa perspectiva de saúde coletiva. Este movimento permite ver o ser humano na sua multidimensionalidade. Diante dessa nova visão, o trabalho é fator integrante e fundamental para esse novo conceito de saúde (VELLOSO et al., 2016).

A Organização Mundial de Saúde (OMS) entende como condições crônicas, questões de saúde que demandam administração e acompanhamento constantes por longos períodos. Entre essas circunstâncias, temos doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis, distúrbios psíquicos específicos e lesões corporais, como amputações (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008). A aids é uma representante das doenças crônicas transmissíveis. Os avanços acerca da história natural da doença, seguidos pela possibilidade de monitorar a progressão da patologia através de marcadores laboratoriais, como contagem do CD4 e da carga viral e, principalmente, com o advento das terapias antirretrovirais, somados são os três fatores que levaram a aids a passar de uma condição aguda à crônica (ALENCAR; NEMES; VELLOSO, 2008).

Para Annequin et al. (2015), apesar das PVHIV terem visto suas capacidades para o trabalho aumentar após o advento da TARV, fato ocorrido desde o início dos anos 2000, existem poucos estudos para afirmarmos, se houve ou não, melhorias em relação ao campo do emprego para PVHIV. Apesar do aumento da capacidade para o trabalho, as barreiras para manter e/ou ter acesso ao emprego ainda são uma realidade entre essa população. Estudos envolvendo a recessão socioeconômica, comorbidades e discriminação, ainda merecem investigação para que ajudem na abordagem da questão de emprego entre as PVHIV (ANNEQUIN et al., 2015).

Levando em consideração que o trabalho é fundamental para a qualidade de vida e o bem estar, posto que promove oportunidades de interação e inserção social, propósito e objetivos, preenchimento do tempo livre, status, além da renda (SELIGMAN, 2000), a seguir abordaremos sobre o conceito do bem estar subjetivo e como ele se apresenta entre as PVHIV.

1.5 Bem-estar subjetivo entre pessoas vivendo com HIV

O conceito de bem-estar subjetivo (BES) atravessou, inicialmente, uma crise, até o estabelecimento de sua definição. A preocupação com o bem-estar subjetivo surge em 1950, na tentativa de encontrar indicadores de qualidade de vida que respaldassem o monitoramento de mudanças sociais e implementação de políticas sociais (LAND,1975). O bem-estar subjetivo evoluiu a partir de movimentos sócio históricos, sendo um conceito abrangente e complexo, que inclui outras grandes definições e domínios de estudo. Nesta perspectiva, o bem estar subjetivo tornou-se um importante indicador de qualidade de vida (GALINHA; PAIS RIBEIRO, 2005).

A história da definição do bem estar subjetivo é recente, considerando-se que a tese de Wilson foi desenvolvida na década de 60, quando o mesmo estudou pela primeira vez o termo bem estar, da maneira que é conhecida hoje (SUH et al., 1998). Wilson, em 1967, escreveu a primeira revisão sobre bem estar subjetivo, com o título de “Correlatos da felicidade declarada”, em que estudou duas hipóteses, relacionando os conceitos de satisfação e felicidade (SUH et al., 1998).

O termo bem-estar, portanto, foi instaurado no campo científico da Psicologia após anos de estudos e, hoje, respalda quais fatores psicológicos integram uma vida saudável. Segundo Ryan e Deci (2001), o bem-estar no campo psicológico apresenta duas perspectivas: a primeira avalia o estado subjetivo da felicidade (bem-estar hedônico) e é conhecido por bem estar subjetivo; a segunda avalia o potencial humano (bem estar eudônico) e é denominado bem estar psicológico. Na visão filosófica do hedonismo, o bem-estar é visto como prazer ou felicidade. Já na visão do eudemonismo, o bem estar consiste no pleno funcionamento do potencial do indivíduo, englobando a sua capacidade de pensar, racionar e o uso do bom senso (RYAN; DECI, 2001).

Quanto ao entendimento contemporâneo do bem-estar subjetivo, existe um relativo consenso sobre uma estrutura tripartite da constituição do bem-estar subjetivo. O bem-estar subjetivo constitui-se, portanto, de avaliações cognitivas e afetivas (emocionais), referente vida como um todo (DIENER et al., 2000). O bem estar subjetivo diz respeito à forma com que as pessoas julgam e auto avaliam suas vidas como um todo, ou sobre aspectos específicos, tais como condição de saúde, lazer ou trabalho (DIENER, 1984; WOYCIEKOSKI; STENERT; HUTZ, 2012). Para Hulzen e Prins, 2014, o bem-estar subjetivo vê o indivíduo holisticamente, dentro do seu ambiente físico, social e econômico. A satisfação com a vida entra como a dimensão cognitiva e é mensurada por um julgamento auto avaliativo, sendo uma avaliação cognitiva positiva da vida pessoal

(SANTOS, 2015). A dimensão emocional pode ser positiva ou negativa e trata das vivências emocionais dos indivíduos. O afeto positivo (emoção prazerosa) diz respeito à assiduidade de emoções positivas vivenciadas. Já o afeto negativo (emoção desprazerosa), refere-se à frequência de emoções negativas. Como exemplo de afetos positivos, temos emoções e sentimentos do tipo alegria, exaltação, contentamento, orgulho, afeição e felicidade. Dentre os afetos negativos, incluem-se culpa, vergonha, tristeza, ansiedade, preocupação, raiva, estresse, depressão e inveja (DIENER et al., 1999).

Nas últimas décadas, os pesquisadores buscam evidências científicas que respaldem sobre o bem-estar. Muitas conclusões sobre o que faz as pessoas felizes e qual cultura é mais feliz que outra, depende de qual componente do bem estar subjetivo é examinado (TOV, 2012; TOV; DIENER, 2007). Para GrØnlie (2016), o bem-estar subjetivo representa classificações individuais subjetivas sobre o que constitui uma boa vida. Logo, aqueles que possuem bem-estar positivo, vivenciam predominância de emoções positivas, frente às emoções negativas e, se autoavaliam de forma positiva perante a vida. É inerente ao conceito do bem-estar subjetivo, a pessoa decidir e definir por si mesma se sua vida é satisfatória, alinhada com seus próprios objetivos, valores e circunstâncias da vida (GRØNLIE et al., 2016).

Similaridades interculturais são importantes porque são guias e dicas de qual fator pode ser fundamental no bem-estar subjetivo (SANTOS; GONÇALVES, 2015). Suprimentos básicos, abrigo, segurança e bons relacionamentos sociais de suporte, são associados ao bem estar subjetivo (DIENER et al., 2010). Necessidades psicológicas como aptidões, autonomia ou liberdade também são também consideradas variáveis relevantes ao bem estar subjetivo, em amostras interculturais (DIENER et al., 2010; DIENER; OISHI; LUCAS, 2003).

O estado socioeconômico é considerado um fator de relevância que interfere na qualidade de vida e bem-estar das famílias. O estado socioeconômico influencia no funcionamento humano de várias maneiras, em especial, nos processos de desenvolvimento físico e psicológico. Portanto, devemos considerar a pobreza como um importante fator de risco para a saúde e o bem-estar subjetivo do indivíduo, em nível físico, mental e social. O bem- estar subjetivo envolve apoio social e o ajustamento psicossocial, assim como as competências relacionadas à autoestima, resiliência, estresse e enfrentamento (*coping*) (GASPAR; BALANCHO, 2017).

O conceito de enfrentamento (coping) abrange um conjunto de estratégias cognitivas e comportamentais que os indivíduos fazem uso diante de situações de

estresse. O coping pode ser focado no problema e/ou na emoção. Quando centrado no problema, busca atuação sobre o fator de estresse e, quando centrado na emoção, visa adequar a resposta emocional a situação estressante, já que não é possível controlá-la (COLETTO; CÂMARA, 2009; LAZARUS & FOLKMAN, 1984).

Conforme mencionado anteriormente, após o advento da TARV, a infecção pelo HIV é vista como uma situação duradoura e tratável. Viver com a cronicidade de uma doença, na maioria das vezes, afeta diversos aspectos na vida do indivíduo, a exemplo do funcionamento social, familiar e ocupacional (VILHENA et al., 2014). Os efeitos negativos, advindos dos agravos crônicos à saúde, requerem ajustes em diversos domínios da vida. Esse ajustamento é uma maneira de resposta às mudanças indesejadas, e, visa adaptação em relação às vicissitudes da nossa existência.

Segundo De Ridder, et al. (2008), o ajustamento a uma determinada patologia também tem sido classificado como uma boa qualidade de vida, BES, vitalidade, afeto positivo, satisfação com a vida e autoestima global.

A identificação dos principais preditores do bem-estar subjetivo em várias populações pode ajudar a guiar pesquisas futuras e serviços de saúde (HULZEN; PRINS, 2014). O bem-estar subjetivo tem sido avaliado de maneiras diferentes por investigadores de várias áreas. A forma mais tradicional de mensuração do bem-estar subjetivo é por meio das medidas de auto relato. Alguns instrumentos, para este fim, fazem uso de exemplificações de experiências de felicidade. Entretanto, o método mais frequentemente utilizado nessa área tem sido as medidas de um único item. Apesar da vantagem da brevidade, elas vêm sendo criticadas por um grande número de razões: foram desenvolvidas para populações específicas, não permitem obter estimativas de consistência interna, e não cobrem todos os aspectos do bem estar subjetivo (GIACOMONI, 2004).

Um melhor bem-estar subjetivo é importante entre PVHIV, especialmente, na maneira de lidar positivamente com as implicações inerentes à infecção. Sentimentos de culpa, fuga ou esquiva podem ser relacionados ao baixo nível de bem estar subjetivo (FARIA, 2006). O bem-estar subjetivo entre as PVHIV será descrito a seguir. Pessoas vivendo com HIV continuam experimentando a angústia psicológica ao serem diagnosticadas com um vírus ameaçador à vida, com sintomas imprevisíveis, isolamento social e discriminação (REMOR et al., 2012). Apesar da significativa redução do peso do tratamento ao longo dos anos, desde a implantação da TARV, em 1996, viver com HIV ainda tem impacto substancial na saúde física e mental das pessoas, porém, o tratamento

tem proporcionado grande esperança de maior longevidade a estes indivíduos (HULZEN; PRINS, 2014; REMOR et al., 2012).

A qualidade de vida reportada pelas PVHIV passou a ser incluída como indicador de saúde em pesquisas do HIV e práticas clínicas. Esse relato define como um indivíduo ou grupo percebe a sua saúde física e mental a cada momento (CDC, 2013). Ainda que o valor deste indicador seja reconhecido por muitos pesquisadores e clínicos, ele também foi criticado por ser um pouco limitado, abrangendo apenas o status da saúde percebida relatada, enquanto que outros aspectos da vida podem também ser importantes, como relações sociais, segurança financeira e saúde sexual (COSTANZA et al., 2007).

Com o surgimento da Psicologia Positiva, o indicador de qualidade de vida tem crescido para além da saúde, englobando o bem estar subjetivo (CALVETTI; MULLER; NUNES, 2008). Altos níveis de bem-estar subjetivo têm sido encontrados em relatos de boa saúde, longevidade, excelência e bom funcionamento físico entre as PVHIV. A OMS publicou recentemente, que o bem-estar subjetivo pode ser incorporado aos programas de avaliação de saúde e para melhorias do serviço de saúde.

O bem-estar subjetivo vê o indivíduo holisticamente com todo o seu corpo, ambiente econômico e social, sendo considerado quase um equivalente cientifico da felicidade. A qualidade dos serviços de saúde prestados às PVHIV pode melhorar consideravelmente se avaliações do bem-estar mental, ambiental, social e financeiro forem incorporados à rotina do cuidado (HULZEN; PRINS, 2014). As dificuldades geradas por essa realidade não podem ser omitidas, visto que parecem influenciar negativamente na percepção da qualidade de vida das PVHIV.

Estudos mostram que os escores de qualidade de vida percebida das PVHIV são mais baixos quando comparados ao de pessoas sem a doença ou portadoras de outras doenças crônicas (The WHOQOL-HIV Group, 2003; CATUNDA, CAROLINA; SEIDL, 2017).

Neste contexto, a descrição dos fatores relacionados à percepção da doença, juntamente com as estratégias de coping utilizadas, indicam que as estratégias mais efetivas parecem ser as remetidas ao problema, sendo a reavaliação positiva menos eficiente para uma melhora na representação emocional (COLETTO; CÂMARA, 2009). Conforme exposto, anteriormente, a forma de lidar com os eventos adversos da vida, é algo bastante heterogêneo. A maioria dos estudos neste tópico tem se concentrado entre o enfrentamento ativo e o de fuga. O enfrentamento ativo e seguro estão relacionados a um bom nível de contagem de células CD4, poucos sintomas do HIV, melhor qualidade de vida, pouco uso de álcool e drogas e melhor adesão ao tratamento. Já enfrentamento de

fuga tem sido associado à deterioração psicossocial e do status de saúde, incluindo pior funcionamento físico, baixa qualidade de vida, frequente uso de drogas e álcool e não adesão ao tratamento (RZESZUTEK; GRUSZCZYŃSKA; FIRLĄG-BURKACKA, 2017). Pouco consenso, no entanto, foi alcançado sobre como conceitualizar, mensurar e classificar diferentes caminhos de enfrentamento, visto que este não é um comportamento único e observável, estável ou que facilmente reporta crença específica. Ao contrário, é dinâmico, um constructo multidimensional que abrange várias ações, comportamentos, emoções e cognições, sempre usado pela mesma pessoa simultaneamente (RZESZUTEK; GRUSZCZYŃSKA; FIRLĄG-BURKACKA, 2017; SKINNER et al., 2003).

Viver com HIV em contexto de adversidade pode impactar o senso de bem-estar do indivíduo, entretanto, pouco se sabe sobre fatores associados ao bem-estar subjetivo entre as PVHIV. Pesquisadores estudaram a relação entre resiliência, capital social e bem-estar subjetivo entre sul africanos vivendo com HIV. Os resultados mostraram que o bem-estar subjetivo foi associado à renda familiar, o fator resiliência para planejar o futuro, o capital social, fatores de confiança, reciprocidade, solidariedade, ação coletiva e suporte percebido e laços estreitos com a família e com grupos de diferentes religiões. Este estudo propôs que através de fatores de capital social, as PVHIV em contexto de adversidades, possam ter acesso a recursos e suporte social que são importantes para o seu senso de bem estar (GRØNLIE; DAGEID, 2016).

O bem-estar subjetivo pode ser influenciado negativamente pelos distúrbios do sono, comuns entre as PVHIV. Distúrbios psicofisiológicos interferem diretamente na qualidade do sono desses indivíduos, podendo causar insônia, sonolência diurna excessiva e redução na capacidade de desempenho das atividades diárias (BELÍSIO, 2014). Em virtude dos altos índices de transtornos de sono serem encontrados entre as PVHIV (FERREIRA; CEOLIM, 2012), incluiremos a qualidade do sono como variável de saúde em nosso estudo.

1.6 Sono entre pessoas vivendo com HIV

O sono é um estado comportamental complexo, de natureza cíclica e recorrente. Trata-se de um conjunto de alterações comportamentais e fisiológicas, com redução do nível de consciência, que ocorre conjuntamente com as atividades cerebrais características (SANTOS et al., 2014). O sono é um processo fisiológico e comportamental que obedece a um ritmo circadiano e sofre influência de fatores endógenos, sociais e ambientais (FURLANI; CEOLIM, 2005). Definir o sono não é nada

fácil, seja sob o prisma fisiológico, seja com base na descrição comportamental do indivíduo que dorme (BELÍSIO, 2014). Trata-se de um evento ativo e de suma importância para o organismo (KRYGER, 2000), sendo considerado um dos grandes mistérios para a neurociência (ALÓE; DE AZEVEDO; HASAN, 2005).

Dormir bem é essencial para a recuperação física e psíquica, equilíbrio do humor e das emoções, consolidação da memória e do aprendizado, além de proporcionar o bom funcionamento do sistema imunológico (CARVALHO et al., 2016; NEVES et al., 2013; OSHINAIKE et al., 2014; SANTOS et al., 2014). Sua privação pode culminar em prejuízos em curto ou longo prazo, gerando problemas sociais, somáticos, psicológicos ou cognitivos (NEVES et al., 2013). Aumenta o risco de doenças cardiovasculares, hipertensão, obesidade, diabetes, depressão, ansiedade e outros distúrbios do humor (CARVALHO et al., 2016).

O sono e o repouso compõem o ritmo biológico base da espécie humana. O ciclo sono/vigília ou ciclo circadiano do sono, em condições naturais, apresenta uma sincronização com os fatores ambientais (variação da luz, temperatura) e oscila em um período de 24 horas (ALMONDES; ARAÚJO, 2003). Sua regulação homeostática envolve várias citocinas e fatores neuro-humorais e endócrinos (CHOKROVERTY, 2010). O ciclo claro-escuro é o mais importante fator ambiental sincronizador dos ritmos biológicos. A luz muda a fase do relógio circadiano por uma cascata de eventos no interior das células do núcleo supraquiasmático (NSQ), localizado no hipotálamo (GEIB et al., 2003).

No padrão natural do ritmo circadiano, nas primeiras horas da manhã, há aumento dos níveis de cortisol, facilitador da vigília. Já nas primeiras horas da noite, os estímulos luminosos atuam sobre a glândula pineal, que secreta a melatonina, um neuro-hormônio também implicado na cronobiologia do ciclo vigília-sono, e denominado como o hormônio da noite (FERNANDES, 2006).

A qualidade do sono está diretamente associada à qualidade de vida dos indivíduos. Uma melhor qualidade subjetiva do sono está associada a uma gama de resultados positivos, tais como, uma melhor saúde, menor sonolência diurna, melhor bem estar e um melhor funcionamento psicológico (HARVEY et al., 2008). Além disso, uma boa qualidade do sono ajuda a proteger a saúde mental e física, a qualidade de vida e a segurança do indivíduo (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007). Uma boa qualidade de sono inclui duração de sono adequada, bem como uma boa eficiência do mesmo (FURLANI; CEOLIM, 2005).

Os transtornos do sono provocam consequências sérias na vida das pessoas, podendo afetar seu funcionamento diário, aumentar o risco a problemas psiquiátricos,

déficits cognitivos, surgimento e agravamento de problemas de saúde, riscos de acidentes, absenteísmo no trabalho, entre outros (MÜLLER; GUIMARÃES, 2007). Sonolência, fadiga, mau-humor, depressão, obesidade, doenças cardíacas e renais, pressão alta, diabetes, acidente vascular cerebral, além de deficiência no sistema imunológico podem ser influenciados por um problema crônico do sono (UHDE, 1998). Distúrbios do sono são sintomas comuns entre as pessoas acometidas por doenças crônicas (JEDRYKA-GÓRAL et al., 2006; LEE et al., 2015). A prevalência dos distúrbios do sono na população em geral varia de 20 a 41,7% (OHAYON, 2011); entre as PVHIV varia de 40 a 70% (OSHINAIKE et al., 2014; SABERI; NEILANDS; JOHNSON, 2011).

A modificação da estrutura do sono é um dos sinais fisiológicos da infecção pelo HIV. Esta alteração trata-se de uma resposta precoce do sistema nervoso central à infecção pelo HIV, que além de gerar transtornos do sono, leva a déficits cognitivos-motores (WHITE et al., 1995). Posteriormente, as drogas antirretrovirais, questões psicossociais e efeitos do vírus HIV podem ser responsáveis por transtornos do sono entre as PVHIV (OSHINAIKE et al., 2014). Baixos níveis de CD4 indicam uma substancial disfunção imune, assim como alterações nos parâmetros de citocinas (SAA, IL-10 e IL6) e monócitos clássicos, que estão associadas aos distúrbios do sono (DUNN et al., 2015).

Muitas drogas antirretrovirais, especialmente a efavirenz, podem levar aos distúrbios do sono, depressão, ansiedade e exacerbação de sintomas físicos (OSHINAIKE et al., 2014). Outras medicações incluindo benzodiazepínicos, barbitúricos, narcóticos e drogas usadas para o tratamento de infecções oportunistas podem ser causas dos distúrbios do sono (JABBARI et al., 2015). Causas psicossociais podem gerar transtornos do sono em PVHIV, incluindo ansiedade sobre a doença, questões financeiras, estigmatização, depressão, pensamentos suicidas e desemprego (OSHINAIKE et al., 2014). Durante o progresso da infecção pelo HIV, a qualidade do sono é afetada por sintomas físicos, incluindo febre, diarreia, dor, tosse, cólicas abdominais, incontinência, prurido, queimação, sudorese noturna e dispneia (JABBARI et al., 2015; ROBBINS et al., 2004).

O tipo mais comum de distúrbio de sono entre as PVHIV é a dificuldade em manter o sono. Estas alterações no sono podem ser influenciadas por distúrbios do humor, estilo de vida, pela progressão da doença ou efeitos da medicação. Os distúrbios do sono podem influenciar nas atividades diárias do trabalho, bem como a qualidade do sono (LEE et al., 2015).

Existe uma forte relação entre distúrbios do sono e problemas depressão e ansiedade. Indivíduos depressivos, geralmente apresentam distúrbios do sono; já a

ansiedade tende a atrasar o início do sono e reduzir a duração total de sono (JABBARI et al., 2015). Modificações na arquitetura do sono, elevada latência para o início do sono, despertar precoce, frequentes despertares durante a noite e redução da eficiência do sono tem sido frequentemente reportados entre as PVHIV (REID; DWYER, 2005; WIBBELER et al., 2012).

Distúrbios do sono são mais prevalentes em estágios avançados da infecção. Podem gerar déficit de atenção, problemas de memória e concentração, fadiga, alterações de humor e redução dos níveis de energia (JUNQUEIRA et al., 2008; LOW et al., 2011). Pode também aumentar o risco de desordens psiquiátricas, cardiovasculares, mortalidade precoce e utilização de cuidados de saúde (USTINOV et al., 2010). De acordo com Saberi, Neilands e Johnson (2011) PVHIV com problemas de sono são mais resistentes à adesão ao TARV, e isso provavelmente deve-se à depressão (SABERI; NEILANDS; JOHNSON, 2011). A não adesão pode resultar no fracasso do tratamento, progressão da doença e o desenvolvimento de cepas resistentes (LITTLE, 2002).

Transtornos do sono em PVHIV, se identificados e tratados no início da infecção, em conjunto com implementações de medicação efetiva e tratamentos comportamentais, tendem a melhorar a qualidade do sono e reduzir o risco de desenvolvimento de distúrbios do sono mais severos, diminuindo a qualidade de vida e aumento o risco de outras comorbidades, que podem estar associadas à má qualidade do sono. As alternativas de tratamento incluem benzodiazepínicos, hipnóticos não benzodiazepínicos, antidepressivos, tratamento psicológico e de comportamento, como a terapia cognitivo comportamental e tratamentos alternativos como ioga e meditação (OSHINAIKE et al., 2014).

Diante do exposto, percebe-se que viver com HIV em contexto de adversidade pode impactar amplamente a vida das pessoas que vivem nesta condição. A problemática desta pesquisa é entender se existe relação entre características sociodemográficas, aspectos do trabalho, estilo de vida e saúde sobre a capacidade para o trabalho entre pessoas vivendo com HIV.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

Avaliar os fatores associados à capacidade para o trabalho entre as pessoas vivendo com HIV (PVHIV).

2.2 Objetivos específicos

Estimar a prevalência da capacidade para o trabalho, da qualidade do sono e do bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV.

3 MÉTODOS

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de uma pesquisa epidemiológica observacional, de corte transversal. A pesquisa observacional possui caráter empírico, baseada na sistemática observação, coleta de dados (ou informações) e quantificação sobre os eventos que ocorrem em uma população definida. O tratamento numérico dos fatores investigados decorre em três etapas: mensuração das variáveis aleatórias, estimativa de parâmetros populacionais e testes estatísticos de hipóteses (FONTENELLES et al., 2009).

O presente estudo integra a pesquisa “Ciclo vigília-sono e qualidade do sono em pessoas vivendo com HIV: uma intervenção de atenção plena (*mindfulness*)” (MARQUEZE et al., 2014). A pesquisa foi realizada em duas fases, sendo a primeira um estudo epidemiológico, com uma amostra representativa da população, finalizada em 2016. Na segunda fase, foi realizada uma intervenção de *mindfulness* nas pessoas classificadas com sono ruim na primeira fase do estudo, finalizada em 2017. No presente estudo serão analisados apenas parte dos dados da primeira fase.

3.2 População e amostra

A população de estudo foi composta de PVHIV, com idade igual ou superior a 18 anos, em tratamento com terapia antirretroviral, assistidas pelo serviço de assistência especializada em aids, do município de Santos/SP (SAE), totalizando na época do início do estudo (2014), um total de 2.000 pessoas.

Considerando o universo de duas mil pessoas, com um erro alfa de 5% (comparabilidade) e um erro beta de 15% (representatividade - força da amostra), o tamanho amostral foi de 292 pessoas. Considerando uma perda de 10%, foi estimado um total de 322 pessoas a serem entrevistadas. Ao final da coleta de dados, foram excluídos 15 questionários que estavam incompletos ou inconsistentes, totalizando uma amostra de 307 pessoas. A amostra do estudo foi calculada utilizando o software G*Power. Das 307 PVHIV pesquisadas, um total de 122 pessoas possuía trabalho remunerado, formal ou informal, sendo essa a amostra do presente estudo, uma vez que o desfecho do estudo foi a capacidade para o trabalho.

3.3 Coleta de dados

A fim de realizar a coleta de dados, os gestores e os profissionais de saúde do serviço de assistência especializada em aids (SAE), do munícipio de Santos/SP foram contatados para a obtenção da listagem de pessoas atendidas pela instituição. O presente projeto já possuía autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos para realização (Anexo 1). A coleta dos dados da primeira fase foi realizada de fevereiro a junho de 2016, por estudantes de graduação da Universidade Católica de Santos/SP previamente treinados. O instrumento de coleta de dados (ANEXO 2) foi aplicado individualmente pelos entrevistadores, em forma de entrevista, sem interferência dos mesmos, com duração de 40 a 90 minutos.

3.4 Critérios de inclusão

Foram incluídos as PVHIV, de ambos os sexos, em seguimento clínico (farmacológico, nutricional, laboratorial, psicológico) pelo serviço de assistência especializada em aids, do município de Santos/SP, que possuíam trabalho remunerado, formal ou informal. Foi classificado como trabalho formal, aquele realizado por funcionários públicos ou trabalhadores com carteiras assinadas, segundo as normas da Consolidação das Leis Trabalhistas (CLT), e, como trabalho informal, as atividades temporárias, autônomas e outras sem carteira assinada).

3.5 Variáveis do estudo

3.5.1 Variável dependente

A variável dependente deste estudo foi a capacidade para o trabalho e foi avaliada pelo Índice de Capacidade para o Trabalho (ICT), metodologia desenvolvida por pesquisadores finlandeses (TUOMI et al., 2005), que se baseia na autopercepção dos indivíduos em relação à sua capacidade para o trabalho. O ICT é um importante instrumento para avaliar a saúde e o bem-estar de trabalhadores. Trata-se de um

questionário auto-aplicável, que avalia a capacidade física e mental do trabalhador (TUOMI et al., 1997).

Este instrumento permite a avaliação da perda da capacidade para o trabalho precoce, bem como prediz o envelhecimento funcional precoce. Dessa forma, é possível propor programas de prevenção, de manutenção e de promoção à saúde que auxiliem na saúde ocupacional do trabalhador e que pode ser utilizado em serviços de saúde ocupacional (TUOMI et al., 1997). Na presente pesquisa foi utilizada a versão traduzida e validade para a língua portuguesa (TUOMI et al., 2005).

O ICT fornece um escore que varia de sete a quarenta e nove pontos, sendo composto por sete dimensões (TUOMI et al., 1997):

1. Capacidade para o trabalho atual: comparada com a melhor capacidade para o trabalho de toda a vida: escore de zero a dez pontos, conforme assinalado pelo participante;

2. Capacidade para o trabalho em relação às exigências do trabalho: essa seção é composta de duas perguntas, uma sobre capacidade física para o trabalho e outra sobre capacidade mental. Ambas as questões apresentam escalas que variam de muito baixa (1 ponto) até muito boa (5 pontos). Para o cálculo do escore é considerada a média ponderada das duas questões. O pesquisador deve atribuir diferentes pesos às capacidades físicas e mentais, de acordo com a natureza do trabalho, compondo um escore de zero a dez pontos. No presente estudo, por não possuir a natureza do trabalho dos pesquisados, foi considerado o mesmo peso para as duas capacidades;

3. Número atual de doenças diagnosticadas por médico: a partir de uma lista de cinquenta e uma doenças, é computado um escore que varia de um a sete pontos. Para o cálculo, considera-se a seguinte distribuição de pontuação:

Nenhuma doença – 7 pontos

Uma doença – 5 pontos

Duas doenças – 4 pontos

Três doenças – 3 pontos

Quatro doenças – 2 pontos

Cinco doenças ou mais – 1 ponto

4. Perda estimada da capacidade para o trabalho devido às doenças: questão de múltipla escolha na qual o participante pode marcar mais de uma alternativa. A escala varia de um ponto (Na minha opinião, estou totalmente incapacitado para trabalhar) a seis pontos (Não há impedimento/eu não tenho doenças). Quando o participante assinala mais de uma alternativa, para o cálculo do índice, é considerado o de menor valor;

5. Faltas ao trabalho por motivo de doenças nos últimos doze meses:

Nenhuma – 5 pontos

Até 9 dias – 4 pontos

De 10 a 24 dias – 3 pontos

De 25 a 99 dias – 2 pontos

De 100 a 365 dias – 1 ponto

6. Prognóstico próprio sobre a capacidade para o trabalho para os próximos dois anos: a questão apresenta três alternativas: é improvável (1 ponto), não estou muito certo (4 pontos) e bastante provável (7 pontos);

7. Recursos mentais: este item refere-se a vida em geral, tanto no trabalho quanto no tempo livre. A seção apresenta três questões sobre o tema, com escalas que vão de zero pontos (nunca) até quatro pontos (sempre). Antes de ser incluída no escore do ICT, deve-se primeiro somar as três questões da seção e considerar os valores conforme descrito a seguir:

Soma 0 a 3 – 1 ponto

Soma 4 a 6 – 2 pontos

Soma 7 a 9 – 3 pontos

Soma 10 a 12 – 4 pontos.

Após o cálculo do escore, o ICT é classificado em quatro categorias, conforme a pontuação:

De 7 a 27 pontos – ICT baixo

De 28 a 36 pontos – ICT moderado

De 37 a 43 pontos – ICT bom

De 44 a 49 pontos – ICT ótimo (TUOMI et al., 2005).

Para a análise dos dados do presente estudo, as categorias ICT baixo e moderado foram agrupadas, bem como o ICT bom e ótimo. O mesmo agrupamento também já foi realizado em estudos prévios (MARQUEZE; CASTRO MORENO, 2009; MARTINEZ et al., 2010).

3.5.2 Variáveis independentes

3.5.2.1 Qualidade de sono

O Índice da Qualidade do Sono de Pittsburgh (PSQI) foi utilizado para avaliar a qualidade subjetiva do sono (BUYSSE et al., 1989). O PSQI avalia a qualidade do sono no mês antecedente à sua aplicação, sendo um questionário padronizado e simples, além de ser um instrumento com confiabilidade e validade previamente estabelecidas. Este questionário é composto por 19 itens, que são agrupados em sete componentes, cada qual pontuado em uma escala de zero a três pontos (ALMONDES; ARAÚJO, 2003; CHELLAPPA; ARAUJO, 2007; DE ARAUJO et al., 2015; PASSOS et al., 2017).

Os componentes são categorizados em sete componentes, respectivamente: (1) qualidade subjetiva do sono; (2) latência do sono; (3) duração do sono; (4) eficiência habitual do sono; (5) distúrbios do sono; (6) uso de medicações para dormir; e (7) disfunção diurna. A soma dos valores atribuídos aos sete componentes varia de zero a vinte e um pontos, em que quanto maior a pontuação, pior é a qualidade do sono. Segundo Buysse et at. (1989), um escore global do PSQI maior que cinco pontos (6-21 pontos) indica uma qualidade de sono ruim, sendo essa classificação adotada no presente estudo. Neste estudo, foi utilizada a versão validada e traduzida para o português (BERTOLAZI et al., 2011).

3.5.2.2 Bem-estar subjetivo (BES)

Nesse estudo, utilizamos a versão curta da escala *Subjective Well-being Inventory* (SUBI), que quantifica o bem-estar subjetivo. O questionário contém seis questões que incluem subdimensões de interesse na vida, coerência entre sucesso e abandonos, coerência entre realizações e esforços, a vida em comparação ao passado e o sentido de pertencimento à humanidade (SHARMA; GUPTA; BIJLANI, 2012). Estas questões originaram-se de uma prévia análise fatorial e sua avaliação engloba três diferentes domínios: a) bem-estar geral e afetos positivos; b) congruência entre as expectativas e as realizações; e c) transcendência (SELL, 1994). O SUBI produz um escore do qual não há um ponto de corte definido, ou seja, é trabalhado enquanto variável quantitativa, em que um maior escore representa um melhor bem-estar subjetivo (SHARMA; GUPTA; BIJLANI, 2012).

Em sua versão original, o SUBI é um questionário autoaplicável, desenvolvido na Índia na década de 80, composto por 40 questões, cujas alternativas de resposta são “muito”, mais ou menos” ou “pouco”. Para a confecção do mesmo, foram realizadas consultas a 28 especialistas, bem como à comunidade e às literaturas da área (SELL; NAGPAL, 1992). Esse questionário ainda não foi validado para o português, entretanto o mesmo já foi utilizado em estudos brasileiros anteriores (ANDREOLI et al., 2009; CACOZZI, 2014, 2017). No presente estudo, o SUBI foi dicotomizado em melhor e pior bem-estar subjetivo, a partir dos valores medianos da amostra estudada.

3.5.2.3 Características sociodemográficas

- Sexo: masculino ou feminino,
- Identidade de gênero: homem; mulher; transexual; travesti,
- Escolaridade: estudou até o ensino médio incompleto; estudou além do ensino médio completo,
- Estado civil: solteiro (a); casado (a); divorciado (a); viúvo (a),
- Dificuldade financeira: nunca; algumas vezes; muitas vezes; quase sempre; sempre,
- Há menores de 10 anos em sua residência: sim; não.

3.5.2.4 Aspectos de trabalho

- Vinculo empregatício: formal ou informal,
- Dias trabalhados na semana: menos de cinco dias; cinco dias; seis dias; sete dias. Esta variável foi dicotomizada em até cinco dias e seis ou sete dias para a análise da regressão logística,
- Tempo no emprego atual: um a nove anos; 10 a 19 anos; 20 ou mais anos. Esta variável foi dicotomizada em até nove anos e 10 anos ou mais para a análise da regressão logística,
- Turno de trabalho: diurno e/ou noturno até às 22:00 horas; noturno a partir das 22:00 horas,
- Caso seu emprego atual seja autônomo, já teve emprego formal: sim; não,
- Motivo do trabalho noturno: imposição do serviço; conciliar com outro emprego;
- Conciliar com trabalho da casa/filhos; porque gosta; aumentar rendimentos; outro,

- Horas diárias trabalhadas: menos de seis horas; de seis a oito horas; entre nove e 10 horas; 11 horas ou mais. Esta variável foi dicotomizada em até oito horas e nove horas ou mais para a análise da regressão logística

- Possui outras atividades remuneradas: sim ou não,

- Vem direto de outro trabalho: nunca; às vezes; sempre,

- Sofreu algum acidente relacionado ao trabalho nos últimos 12 meses, relacionado ao trabalho, incluindo o trajeto do deslocamento: sim ou não,

- O acidente causou danos materiais: sim ou não,

- O acidente causou danos pessoais: sim ou não,

- O acidente causou danos pessoais a terceiros: sim ou não,

- Gravidade dos danos materiais, pessoais e a terceiros: leve; moderado ou grave.

3.5.2.5 Estilo de vida e saúde

- Fuma: sim ou não,

- Uso de drogas: sim, eu faço; eu já fiz; não,

- Consome bebidas alcoólicas: sim ou não,

- Prática de atividade física: fisicamente ativo; insuficientemente ativo,

- Tempo de descoberta do HIV: um a nove anos; 10 a 19 anos; 20 anos ou mais,

- Primeiro e único esquema de medicamentos: sim ou não,

- Trocas de esquema: nenhuma vez; uma a duas vezes; três a oito vezes,

- Utiliza outra medicação diariamente: não ou sim.

- Se toma medicamento para aids, quais você toma? (Abacavir, Atazanavir, Darunavir, Didanosina, Efavirenz, Enfuvitirda, Estavudina, Etravirina, Fosamprenavir, Indinavir, Lamivudina, Lamivudina/Zidovudina combinado, Lopinavir, Nevirapina, Nelfinavir, Raltegravir, Ritonavir, Saquinavir, Tenofovir, Zidovudina. Outro, qual?).

3.5.3 Variáveis de ajuste

- Jornada de trabalho diária;

- Tempo de descoberta do HIV;

- Marcadores biológicos:

- Carga viral: abaixo do limite mínimo; indetectável (< 50 cópias); detectável (≥ 50 cópias),
- CD4:< 200 células/mm^3; de 200 a 349 células/mm^3; de 350 a 499 células/mm^3; ≥ 500 células por mm^3,
- Relação CD4/CD8: < 1,00 ou ≥ 1,00.

3.6 Análise dos dados

Realizou-se a correção do banco de dados, de forma a eliminar erros de consistência em função de erros de codificação ou de digitação das respostas. O tratamento dos dados incluiu a descrição da amostra estudada, através de frequências simples e relativas. Para testar a normalidade das variáveis foi utilizado o teste de Shapiro Wilk.

Para avaliar os fatores associados à capacidade para o trabalho moderada ou baixa, tendo como categoria de referência a capacidade para o trabalho ótima ou boa, foi realizada a análise de regressão logística. Com base nos resultados do teste de hipóteses das variáveis independentes com a variável dependente, as variáveis independentes com valor de $p<0,25$ foram testadas no modelo de regressão múltiplo, em ordem crescente de significância estatística (*stepwise forward technique*). O modelo múltiplo foi ajustado pela jornada de trabalho diária, tempo de descoberta do HIV e marcadores biológicos (carga viral, contagem de células CD4 e relação CD4/CD8).

Em todos os testes foi considerado como significante o valor de “p” menor que 0,05. Para as análises estatísticas foi utilizado o programa STATA 12.0 (Stata corp, Texas, USA).

3.7 Aspectos éticos

As questões éticas relacionadas à participação de seres humanos em pesquisa foram devidamente respeitadas e o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE para os participantes foi redigido tendo em vista a Resolução 466/2012 (Anexo 3). O TCLE foi devidamente assinado pelos participantes da pesquisa, após sua leitura e compreensão. Os integrantes estiveram cientes que poderiam abandonar o estudo, sem lhes causar nenhum prejuízo, a qualquer momento. Apesar de riscos mínimos, uma vez que a primeira fase compreendia apenas a aplicação de questionários, os participantes foram esclarecidos dos possíveis riscos que poderiam advir de sua participação. Durante

toda a coleta de dados, os psicólogos do serviço de assistência especializada em aids, do município de Santos/SP, ficaram à disposição dos entrevistados para atendimento, caso alguém sentisse algum desconforto emocional ao responder as questões; no entanto, não houve nenhuma solicitação. O presente estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa da Universidade Católica de Santos (protocolo número 1.237.142 – Anexo 4).

4 RESULTADOS

4.1 Características sociodemográficas

A idade média dos participantes foi de 43,7 anos (DP = 10,6 anos), sendo a maioria do sexo masculino, solteiro e sem o ensino médio completo. Quanto à identidade de gênero, a maioria se identificou homem. A maior parte não relata ter passado dificuldade financeira, assim como não compartilhar sua residência com crianças menores de 10 anos (Tabela 1).

Tabela 1 - Distribuição do número e porcentagem das características sociodemográficas de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS	**CATEGORIAS**	**n (%)**
Sexo	Masculino	68 (55,7)
	Feminino	54 (44,3)
Identidade de gênero	Homem	62(50,9)
	Mulher	57 (46,7)
	Transexual	1 (0,8)
	Travesti	2 (1,6)
Escolaridade	Ensino médio incompleto	80 (65,6)
	Ensino médio completo ou mais	42 (34,4)
Estado civil	Solteiro (a)	71 (58,2)
	Casado (a)	33 (27,0)
	Divorciado (a)	14 (11,5)
	Viúvo (a)	4 (3,3)
Dificuldade financeira no final do mês	Nunca	57 (47,1)
	Algumas vezes	16 (13,2)
	Muitas vezes	7 (5,8)
	Quase sempre	9 (7,4)
	Sempre	32 (26,5)
Presença crianças menores de 10 anos na sua residência	Sim	38 (31,1)
	Não	84 (68,9)

4.2 Aspectos de trabalho

A maioria dos indivíduos possuía vínculo empregatício informal, trabalhava de 6 a 8 horas diárias e, no máximo, até cinco dias na semana, estando no emprego atual há até nove anos; 3/4 trabalhavam no turno diurno e/ou noturno até às 22 horas (Tabela 2).

A média da jornada diária de trabalho era de 6,7 horas (DP=4,5 horas), com um tempo médio de trabalho de 11,1 anos (DP=10,7 anos). O número médio de dias trabalhados semanalmente era de 2,9 dias (DP=0,9 dias) e entre os que trabalhavam a noite, a média de noites mensais trabalhadas era de 17,8 noites (DP=8,0 noites). O tempo de uso do medicamento para o HIV médio era de 7,2 anos (DP=6,6 anos) e o tempo médio de uso do esquema atual de medicamentos para o HIV era de 6,6 anos (DP=5,3 anos).

A maior parte dos pesquisados referiu trabalhar no turno noturno por imposição do serviço ou para aumentar o rendimento, tem outra atividade remunerada, nunca vai direto de um trabalho para outro e, nos últimos 12 meses, não sofreu nenhum tipo de acidente relacionado de trabalho, incluindo o trajeto de deslocamento para o mesmo. Entre os que referiram ter sofrido algum acidente de trabalho, a maioria relatou que não houve danos materiais, pessoais ou a terceiros, tampouco gravidade nestes danos. Entre os que referiram ter um trabalho informal, a maioria relatou nunca ter tido um trabalho formal (Tabela 2).

Tabela 2 - Distribuição do número e porcentagem dos aspectos do trabalho das pessoas vivendo com HIV, Santos, 2018.

ASPECTOS DE TRABALHO	CATEGORIAS	n (%)
Vínculo de empregatício	Formal	58 (47,9)
	Informal	63 (52,1)
Dias trabalhados na semana	Menos de 5 dias	18 (15,0))
	5 dias	46 (38,3)
	6 dias	38 (31,7)
	7 dias	18 (15,0)
Tempo no emprego atual	1 a 9 anos	59 (56,7)
	10 a 19 anos	17 (16,4)
	20 anos ou mais	28 (26,9)
Turno de trabalho	Diurno e/ou noturno até às 22:00	86 (86,0)
	Noturno a partir das 22:00	14 (14,0)
Caso seu trabalho seja autônomo, já teve outro emprego	Sim	54 (85,7)
	Não	9 (14,3)

(continua)

(continuação)

ASPECTOS DE TRABALHO	CATEGORIAS	n (%)
Motivo para o trabalho noturno	Imposição do serviço	10 (32,3)
	Conciliar com outro emprego	2 (6,5)
	Conciliar cuidado da casa/filhos	2 (6,5)
	Porque gosta	5 (16,1)
	Aumentar rendimentos	10 (32,3)
	Outros	2 (6,4)
Horas diárias trabalhadas	Menos de 6 horas	11 (9,2)
	6 a 8 horas	68 (56,6)
	9 a 10 horas	14 (11,7)
	11 horas ou mais	27 (22,5)
Possui outras atividades remuneradas	Em branco	3 (2,5)
	Sim	105 (86,0)
	Não	14 (11,5)
Vem direto de outro trabalho	Em branco	107 (87,7)
	Nunca	10 (8,2)
	Às vezes	3 (2,5)
	Sempre	2 (1,6)
Sofreu algum acidente, nos últimos 12 meses, relacionado ao trabalho, incluindo o trajeto de deslocamento	Sim	3 (2,5)
	Não	119 (97,5)
O acidente causou danos materiais	Sim	0 (0,0)
	Não	12 (100,0)
O acidente causou danos pessoais	Sim	2(1,6)
	Não	120 (98,4)
O acidente causou danos pessoais a terceiros	Sim	1 (0,8)
	Não	121 (99,2)
Gravidade dos danos materiais	Em branco	120 (98,4)
	Leve	2 (1,6)
	Moderada	0 (0,0)
	Grave	0 (0,0)
Gravidade dos danos pessoais	Em branco	119 (97,5)
	Leve	0 (0,0)
	Moderada	2 (1,6)
	Grave	1 (0,8)
Gravidade de danos pessoais a terceiros	Em branco	120 (98,4)
	Leve	2 (1,6)
	Moderada	0 (0,0)
	Grave	0 (0,0)

4.3 Estilo de vida e saúde

A grande maioria referiu não ser tabagista, tampouco fazer uso de drogas, nem possuir o hábito de ingerir bebidas alcoólicas. Pouco mais de 1/4 da amostra foi classificada como fisicamente ativa (Tabela 3).

Metade das PVHIV tinha descoberto a doença, entre um a nove anos, antecedentes à realização da pesquisa, sendo que o tempo médio do uso de medicamentos para o tratamento do HIV era de 7,2 anos (DP=6,6 anos) e do esquema atual era de 6,6 anos (DP=5,4 anos). A maioria referiu que o atual esquema de medicamentos era o primeiro e único e não fazia uso de outro tipo de medicamento diariamente (Tabela 3).

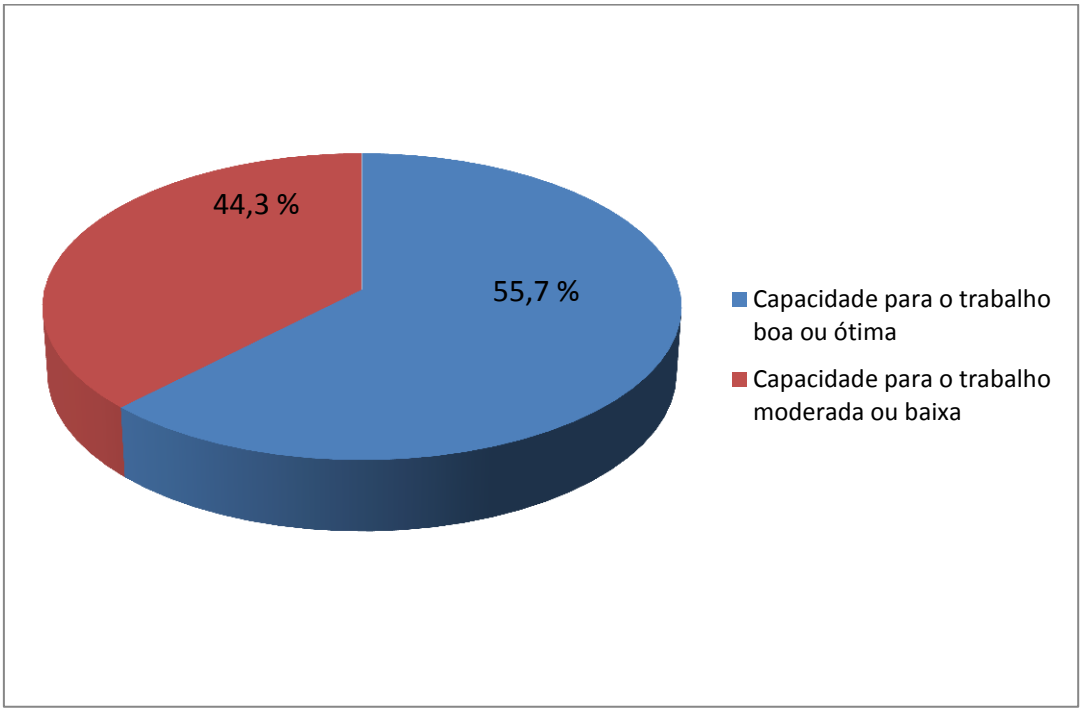
Tabela 3 - Distribuição do número e porcentagem dos aspectos de estilo de vida e saúde de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

ESTILO DE VIDA E SAÚDE	CATEGORIAS	n (%)
Fumante	Sim	32 (26,2)
	Não	90 (73,8)
Uso de drogas	Sim, eu faço	17 (13,9)
	Eu já fiz	23 (18,9)
	Não	82 (67,2)
Consome bebida alcoólica	Sim	7 (5,7)
	Não	115(94,3)
Pratica atividade física	Fisicamente ativo	33 (27,3)
	Insuficientemente ativo	88 (72,7)
Tempo de descoberta do HIV	1 a 9 anos	57 (50,0)
	10 a 19 anos	38 (33,3)
	20 anos ou mais	19 (16,7)
Primeiro e único esquema de	Em branco	6 (4,9)
Medicamentos	Sim	71 (58,2)
	Não	45 (36,9)
Troca de esquema de medicamento	Nenhuma vez	78 (67,2)
	1 a 2 vezes	28 (24,2)
	3 a 8 vezes	10 (8,6)
Utiliza outro medicamento diariamente	Não	72 (59,5)
	Sim	49 (40,5)

4.4 Índice de capacidade para o trabalho – ICT

A maioria dos pesquisados teve a sua capacidade para o trabalho classificada como boa ou ótima (Gráfico1).

Gráfico 1 - Classificação da capacidade para o trabalho de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.



A nota média para a capacidade para o trabalho foi de 8,3 pontos (DP=2,3 pontos) em uma escala que variava de zero a dez. A maior parte da amostra julgou sua capacidade atual de trabalho como sendo boa ou muito boa, tanto em relação às exigências físicas, quanto às mentais. Além disso, também avaliaram que não possuíam impedimentos ou doenças que dificultassem a execução do trabalho, que não precisariam se ausentar nenhum dia do trabalho por motivo de doença no último ano, que será bastante provável serem capazes de executar o trabalho daqui a dois anos, sempre tem conseguido apreciar suas atividades diárias, e por fim, se sentiam ativos, alertas, e, frequentemente, com esperança para o futuro (Tabela 4).

Tabela 4 - Distribuição do número e porcentagem referente à capacidade para o trabalho entre pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

ICT	CATEGORIAS	n (%)
Capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho	Muito boa	50 (42,0)
	Boa	11 (9,2)
	Moderada	20 (16,9)
	Baixa	19 (15,9)
	Muito baixa	19 (15,9)
Capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais do seu trabalho	Muito boa	44 (36,7)
	Boa	24 (20,0)
	Moderada	20 (16,7)
	Baixa	15 (12,5)
	Muito baixa	17 (14,2)
A presença de lesão ou doença impede a execução do trabalho	Não há impedimento/eu não tenho doenças	100 (81,9)
	Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas	7 (5,7)
	Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	8 (6,5)
	Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho	2 (1,6)
	Por causa de minha doença, sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial	1 (0,8)
	Na minha opinião, estou totalmente incapacitado para trabalhar	5 (4,1)
Número de dias inteiros que esteve fora do trabalho, por motivo de saúde, consulta, ou para fazer exame, durante os últimos 12 meses	Em branco	4 (3,3)
	Nenhum	86 (70,4)
	Até 9 dias	18 (14,8)
	De 10 a 24 dias	7 (5,7)
	De 25 a 99 dias	3 (2,5)
	De 100 a 365 dias	4 (3,3)
Percepção para execução do trabalho atual daqui 2 anos	Em branco	3 (2,5)
	É improvável	17 (13,9)
	Não estou muito certo	18 (14,7)
	Bastante provável	84 (68,9)
É capaz de apreciar suas atividades diárias	Em branco	1 (0,8)
	Sempre	110 (90,1)
	Quase sempre	3 (2,5)
	Às vezes	3 (2,5)
	Raramente	1 (0,8)
	Nunca	4 (3,3)
Sente-se ativo e alerta	Em branco	2 (1,6)
	Sempre	107 (87,8)
	Quase sempre	2 (1,6)
	Às vezes	7 (5,7)
	Raramente	1 (0,8)
	Nunca	3 (2,5)

(continua)

(continuação)

ICT	CATEGORIAS	n (%)
Sente-se com esperança para o futuro	Em branco	2 (1,6%)
	Frequentemente	95 (77,9)
	Quase sempre	10 (8,2)
	Às vezes	6 (4,9)
	Raramente	3 (2,5)
	Nunca	6 (4,9)

Grande parte relatou não ter nenhuma ou até outras duas doenças diagnosticadas por médico (Gráfico 2). Dentre os que referiam ter outros problemas de saúde, diagnosticados pelo médico, a maior parte relatou problemas respiratórios, seguidos pelos problemas cardíacos, e emocionais (Gráfico 3).

Gráfico 2 - Número de doenças, diagnosticadas por médico, entre as pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

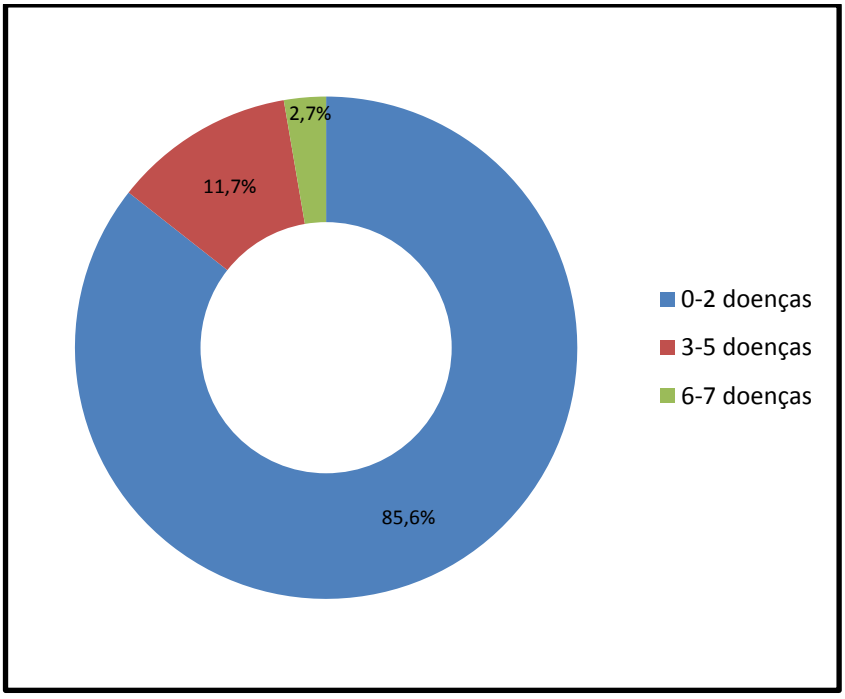
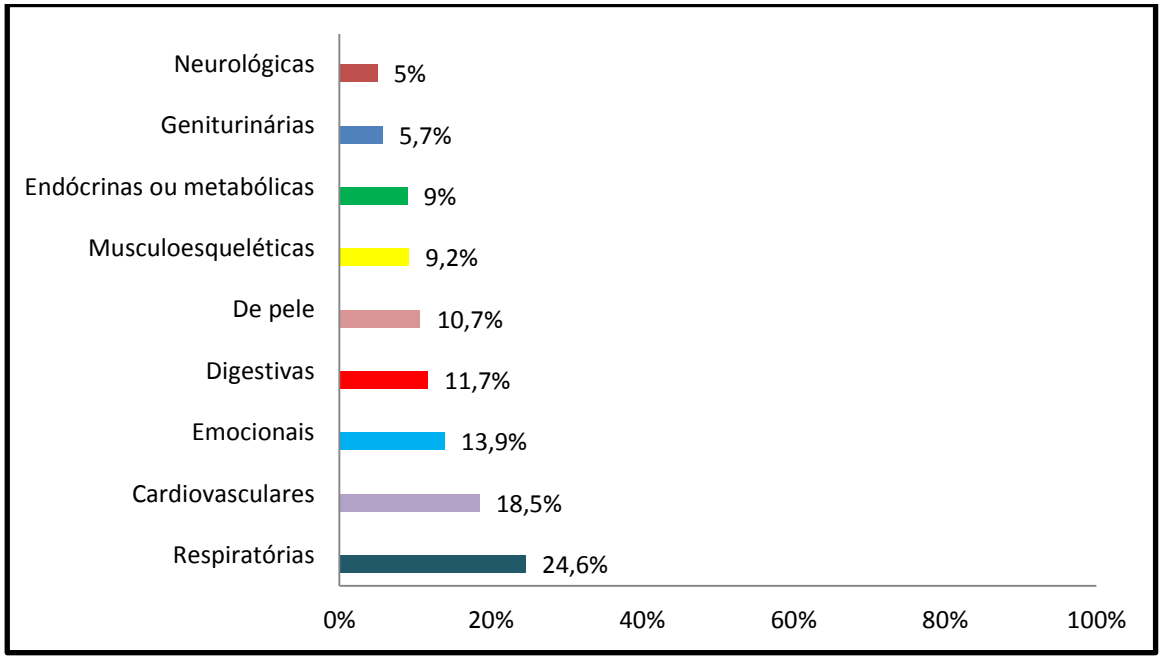


Gráfico 3 - Prevalência de doenças autorreferidas, diagnosticadas por médico, entre pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.



4.5 Qualidade do sono

O horário médio de dormir nos dias de trabalho foi às 23 horas e 48 minutos (DP=2 horas e 30 minutos), e nos dias de folga às 24 horas e 6 minutos (DP=2 horas e 48 minutos). Já o horário médio de acordar em dias de trabalho foi às 7 horas e 18 minutos (DP=2 horas e 42 minutos) e nos dias de folga 8 horas e 30 minutos (DP=2 horas e 48 minutos).

A maioria dos participantes atribuem ao sono uma necessidade fisiológica (Gráfico 4) e referem não utilizar medicação indutora do sono (Gráfico 5). No entanto, é importante ressaltar que 10% dos respondentes referiram utilizar indutores do sono três vezes ou mais por semana (Gráfico 5).

Gráfico 4 - Frequência relativa da perspectiva do sono entre pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

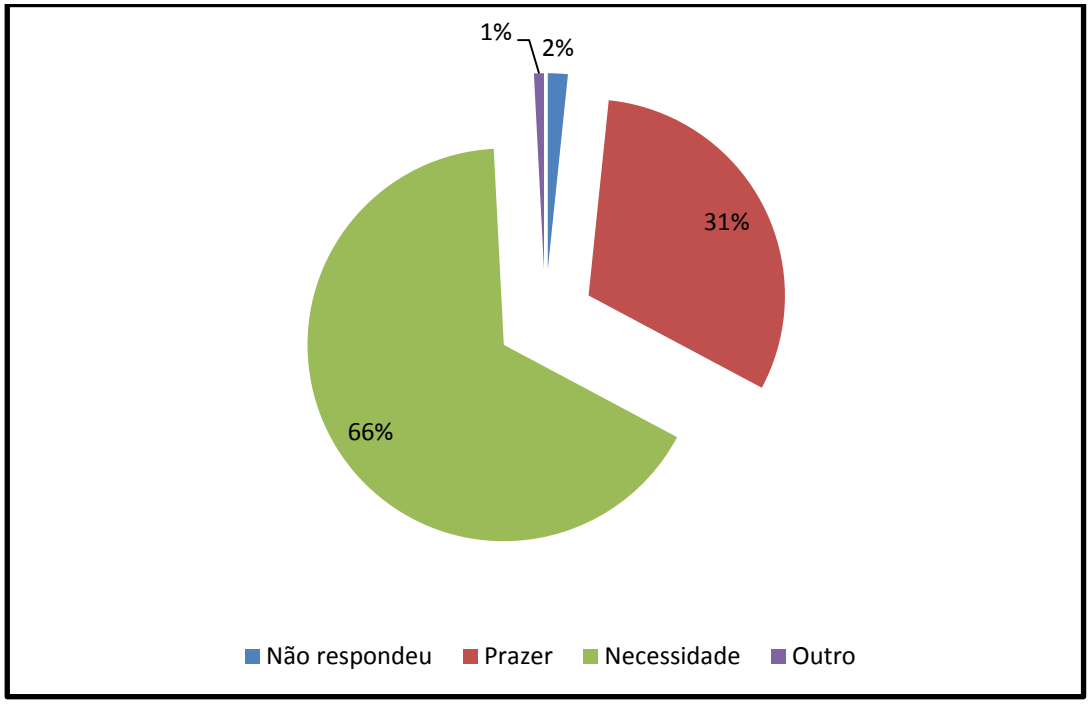
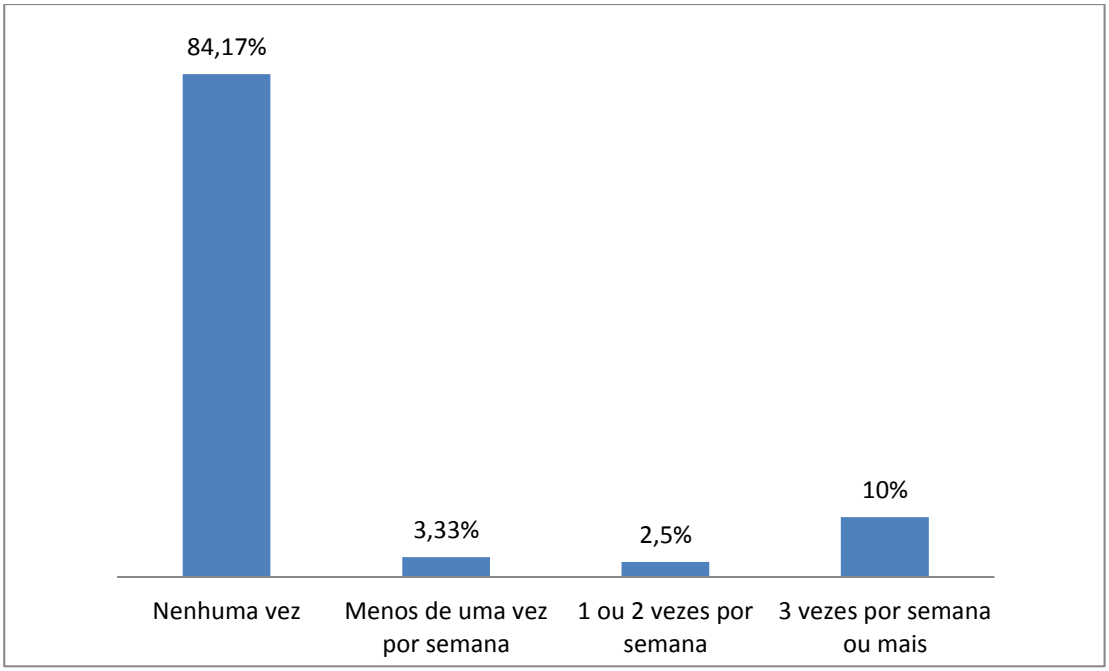
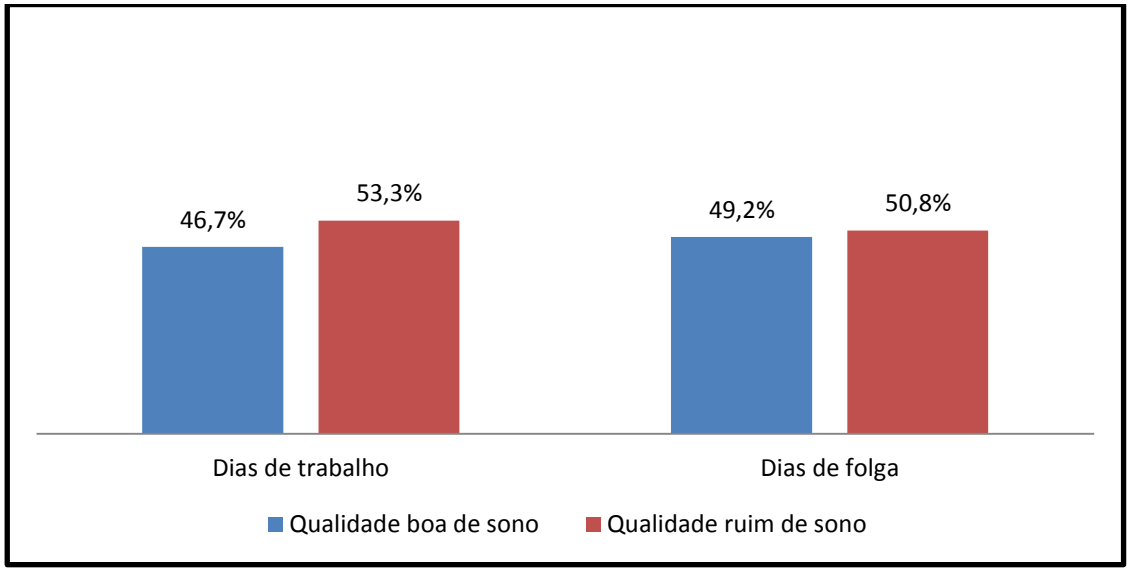


Gráfico 5 - Frequência relativa do uso de medicação indutora do sono entre pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.



Observou-se que a qualidade de sono da maioria dos integrantes da amostra foi classificada como ruim, tanto nos dias de folga, quanto nos dias de trabalho (Gráfico 6).

Gráfico 6 - Frequência relativa da qualidade do sono em dias de folga e em dias de trabalho das pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.



Em torno de 1/4 da amostra referiu demorar mais de 30 minutos para iniciar o sono, tanto nos dias de trabalho, como nos dias de folga. A maioria considera sua qualidade de sono de boa a muito boa e 11,5% refere cochilar intencionalmente, sendo que um pouco mais de 20% atribuiu ao cochilo uma necessidade (Tabela 5).

Tabela 5 - Distribuição do número e porcentagem referentes a problemas do sono, no mês anterior, de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

VARIÁVEIS	**CATEGORIAS**	**n (%)**
Latência do sono nos dias de trabalho	≤ 10 minutos	51 (44,3)
	11 a 30 minutos	35 (30,4)
	≥ 31 minutos	29 (25,3)
Latência do sono nos dias de folga	≤ 10 minutos	50 (43,4)
	11 a 30 minutos	35 (30,4)
	≥ 31 minutos	30 (26,2)
Qualidade do sono	Boa	52 (43,4)
	Ruim	28 (23,3)
	Muito ruim	13 (10,8)

(continua)

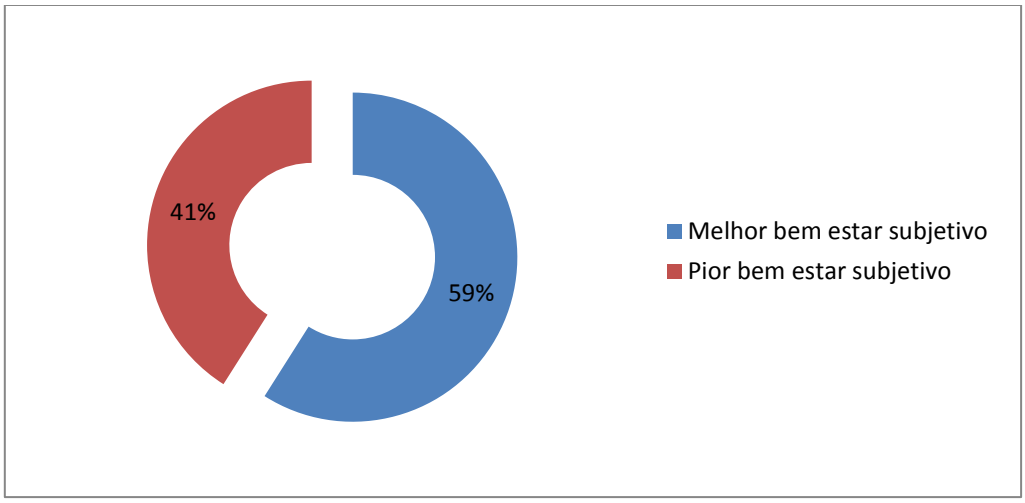
(continuação)

VARIÁVEIS	CATEGORIAS	n (%)
Cochila intencionalmente	Em branco	69 (56,5)
	Sim	14 (11,5)
	Não	39 (32,0)
Cochilar é	Em branco	69 (56,6)
	Um prazer	25 (20,5)
	Uma necessidade	27 (22,1)
	Outro	1 (0,8)

4.6 Bem-estar subjetivo

A maioria dos participantes foi classificado com um melhor bem-estar subjetivo (Gráfico 7).

Gráfico 7 - Frequência relativa referente ao bem-estar subjetivo de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.



A maior parte das PVHIV julgou a sua vida como sendo muito interessante, referiu sentir-se muito bem com suas realizações, a maior parte do tempo conseguia realizar tudo o que deseja, estava feliz com sua vida atual comparada ao passado, frequentemente experimentava momentos de alegria e a sensação de fazer parte da humanidade como uma grande família (Tabela 6).

Tabela 6 - Distribuição do número e porcentagem referente ao bem-estar subjetivo entre pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

SUBI	CATEGORIAS	n (%)
Julga a vida interessante	Em branco	3 (2,5)
	Muito	71 (58,2)
	Mais ou menos	32 (26,2)
	Pouco	16 (13,1)
Sente-se bem com suas realizações	Em branco	3 (2,5)
	Muito bem	94 (77,1)
	Mais ou menos bem	18 (14,7)
	Não tão bem	7 (5,7)
Normalmente consegue realizar tudo o que deseja	Em branco	3 (2,5)
	A maior parte do tempo	71 (58,2)
	Às vezes	37 (30,3)
	Quase nunca	11 (9,0)
Comparado ao passado, como julga sua vida	Em branco	3 (2,4)
	Muito feliz	64 (52,5)
	Mais ou menos feliz	28 (22,9)
	Não muito feliz	27 (22,2)
Experimenta momentos de alegria intensa com frequência	Em branco	3 (2,5)
	Frequentemente	81 (66,4)
	Às vezes	28 (22,9)
	Raramente	10 (8,2)
Experimenta com frequência a sensação de fazer parte da humanidade como uma grande família	Em branco	3 (2,5)
	Frequentemente	97 (79,5)
	Às vezes	14 (11,5)
	Raramente	8 (6,7)

4.7 Capacidade de trabalho relacionada às características sociodemográficas, do trabalho, saúde, e estilo de vida

Verificou-se que não houve diferença estatisticamente significante na proporção de PVHIV com capacidade ótima ou boa em relação às PVHIV com capacidade moderada ou baixa segundo o sexo e a escolaridade (Tabela 7).

Tabela 7 - Variáveis sociodemográficas de acordo com a capacidade para o trabalho de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

VARIÁVEIS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO ÓTIMA OU BOA n (%)	MODERADA OU BAIXA n (%)	χ^2 *p-value*
Sexo			0,08
Masculino	37 (63,8)	21 (46,7)	
Feminino	21 (36,2)	24 (53,3)	
Escolaridade			0,20
Ensino médio incompleto	43 (74,1)	28 (62,2)	
Ensino médio completo ou mais	15 (25,9)	17 (37,8)	

Verificou–se que o tipo de emprego, número de dias trabalhados, tempo no emprego atual ou turnos trabalhados não apresentou diferença na proporção em relação à capacidade para o trabalho (Tabela 8).

Tabela 8 - Aspectos de trabalho de acordo com a capacidade para o trabalho de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

VARIÁVEIS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO ÓTIMA OU BOA n (%)	MODERADA OU BAIXA n (%)	χ^2 *p-value*
Tipo de emprego			0,22
Formal	29 (50,0)	17 (37,8)	
Informal	29 (50,0)	28 (62,2)	
Dias trabalhados			0,98
Até 5 dias	31 (53,5)	23 (53,5)	
6 dias ou 7 dias	27 (46,5)	20 (46,5)	
Tempo no emprego atual			0,97
Até 9 anos	28 (56,0)	22 (56,4)	
10 anos ou mais	22 (44,0)	17 (43,6)	
Turno de trabalho			0,57
Diurno e/ou noturno até as 22 horas	50 (87,7)	36 (83,7)	
Noturno a partir das 22 horas	7 (12,3)	7 (16,2)	

Não foi verificada diferenças nas proporções de PVHIV de acordo com a capacidade para o trabalho nas variáveis de estilo de vida (Tabela 9).

Tabela 9 - Variáveis de estilo de vida de acordo com a capacidade para o trabalho de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

VARIÁVEIS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO ÓTIMA OU BOA n (%)	MODERADA OU BAIXA n (%)	χ^2 *p-value*
Fumante			0,56
Sim	15 (25,9)	14 (31,1)	
Não	43 (74,1)	31 (68,9)	
Etilista			0,08*
Sim	0 (0,0)	3 (6,7)	
Não	58 (100,0)	42 (93,3)	
Uso de drogas			0,33
Sim, eu faço	10 (17,2)	5 (10,9)	
Eu já fiz	8 (13,8)	11 (23,9)	
Não	40 (68,9)	30 (65,2)	
Atividade física			0,16
Fisicamente ativo	18 (31,0)	9 (20,5)	
Insuficientemente ativo	40 (69,0)	35 (79,5)	

*Exato de Fisher

Não foi verificada diferenças nas proporções de PVHIV de acordo com a capacidade para o trabalho quanto ao uso de medicamentos para o HIV/ Aids (Tabela 10).

Tabela 10 - Uso de medicamentos de acordo com a capacidade para o trabalho de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

VARIÁVEIS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO ÓTIMA OU BOA n (%)	MODERADA OU BAIXA n (%)	χ^2 *p-value*
Abacavir			0,57*
Não uso	57 (98,3)	44 (100,0)	
Faço uso	1 (1,7)	0 (0,0)	
Atazanavir			0,34
Não uso	48 (82,8)	33 (75,0)	
Faço uso	10 (17,2)	11 (25,0)	
Darunavir			0.60*
Não uso	56 (96,5)	43 (97,7)	
Faço uso	2 (3,4)	1 (2,3)	
Didanosina			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO		χ^2
	ÓTIMA OU BOA n (%)	MODERADA OU BAIXA n (%)	*p-value*
Efavirenz			0,33
Não uso	26 (44,8)	24 (54,5)	
Faço uso	32 (55,2)	20 (45,5)	
Enfuvitirda			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100,0)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	
Estavudina			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100,0)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	
Etravirina			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100,0)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	
Fosamprenavir			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100,0)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	
Indinavir			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100,0)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	
Lamivudina			0,46
Não uso	32 (55,2)	21 (47,7)	
Faço uso	26 (44,8)	23 (52,3)	
Lamiduvina combinada			0,97
Não uso	34 (58,6)	26 (59,1)	
Faço uso	24 (41,4)	18 (40,9)	
Lopinavir			0,42
Não uso	53 (91,4)	38 (86,4)	
Faço uso	5 (8,62)	6 (13,6)	
Neviparina			0,21*
Não uso	57 (98,3)	41 (93,2)	
Faço uso	1 (1,7)	3 (6,8)	
Nelfinavir			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100,0)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	
Raltegravir			0,32*
Não uso	56 (96,5)	44 (100,0)	
Faço uso	2 (3,4)	0 (0,0)	
Ritonavir			0,30
Não uso	46 (79,3)	31 (70,4)	
Faço uso	12 (20,7)	13 (29,5)	

(continua)

(continuação)

VARIÁVEIS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO ÓTIMA OU BOA n (%)	MODERADA OU BAIXA n (%)	χ^2 *p-value*
Saquinavir			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100,0)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	
Tenofovir			0,57
Não uso	31 (53,4)	21 (47,7)	
Faço uso	27 (46,5)	23 (52,3)	
Zidovudina			---
Não uso	58 (100,0)	44 (100,0)	
Faço uso	0 (0,0)	0 (0,0)	

*Exato de Fisher

Observou-se uma maior proporção de PVHIV com capacidade moderada ou baixa para o trabalho que apresentavam qualidade do sono ruim, tanto nos dias de trabalho, quanto nos dias de folga. Não houve diferença na proporção do bem-estar subjetivo em relação à capacidade para o trabalho (Tabela 10).

Tabela 11 - Variáveis de saúde de acordo com a capacidade para o trabalho de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

VARIÁVEIS	CAPACIDADE PARA O TRABALHO ÓTIMA OU BOA n (%)	MODERADA OU BAIXA n (%)	χ^2 *p-value*
Qualidade do sono durante os dias de trabalho			<0,01
Boa	38 (65,5)	15 (33,3)	
Ruim	20 (34,5)	30 (66,7)	
Qualidade do sono durante os dias de folga			<0,01
Boa	39 (67,2)	16 (35,6)	
Ruim	19 (32,8)	29 (64,4)	
Inventário do bem estar subjetivo			0,09
Melhor bem estar subjetivo	42 (72,4)	21 (46,7)	
Pior bem estar subjetivo	16 (27,6)	24 (53,3)	

4.8 Fatores associados à capacidade para o trabalho moderada ou baixa

No modelo bivariado, observou-se estar associado à capacidade para o trabalho moderada ou baixa, a qualidade de sono ruim nos dias de trabalho e nos dias de folga, e apresentar pior bem-estar subjetivo (Tabela 12).

No modelo ajustado, independentemente das horas diárias trabalhadas e do tempo de infecção pelo HIV, verificou-se que ter um trabalho informal, qualidade de sono ruim nos dias de trabalho e pior bem-estar subjetivo aumentou cerca de duas vezes a chance de se ter uma capacidade para o trabalho moderada ou baixa entre as PVHIV (Tabela 12).

Tabela 12 - Regressão logística bivariada e múltipla dos fatores associados à capacidade para o trabalho moderada ou baixa de pessoas vivendo com HIV. Santos, 2018.

VARIÁVEIS	BIVARIADO RP (IC 95%)	MÚLTIPLO RP (IC 95%)#*
Sexo		
Masculino	1	
Feminino	2,10 (0,95 – 4,62)	
Escolaridade		
Médio completo ou mais	1	
Até o ensino médio incompleto	1,84 (0,80 – 4,24)	
Vínculo empregatício		
Formal	1	1
Informal	1,65 (0,74 – 3,64)	3,63 (1,25 -10,5)
Atividade física		
Fisicamente ativo	1	
Insuficientemente ativo	1,57 (0,64 – 3,86)	
Qualidade do sono em dias de trabalho		
Boa	1	1
Ruim	3,56 (1,58 – 8,03)	3,03 (1,15 – 7,95)
Qualidade do sono em dia de folga		
Boa	1	
Ruim	3,50 (1,55 – 7,88)	
Bem estar subjetivo		
Melhor bem estar subjetivo	1	1
Pior bem estar subjetivo	3,12 (1,38 – 7,08)	2,94 (1,25 – 10,5)

#Hosmer-Lemeshow 74%
*Modelo ajustado pela jornada de trabalho diária, tempo de HIV e marcadores biológicos

5 DISCUSSÃO

O vínculo informal, bem como a qualidade do sono ruim e o pior bem-estar subjetivo aumentaram as chances de se ter uma capacidade para o trabalho moderada ou baixa entre as PVHIV. O trabalho informal frequentemente leva a uma pior condição de trabalho, tanto pela má remuneração, como pela falta de benefícios sociais e cumprimento das medidas preventivas à saúde do trabalhador. Nas últimas décadas, o mercado de trabalho brasileiro, tem sofrido um incremento na informalidade trabalhista. Isso significa, portanto, que o indivíduo não usufruirá do auxílio-acidente, garantido legalmente aos trabalhadores contribuintes, caso sofram acidentes de trabalho. Serão privados, ainda, de uma série de benefícios, que podem ser fundamentais para promoção da capacidade para o trabalho, relacionados à melhoria da qualidade de vida e condições laborais desses profissionais (IRIART et al., 2008; RAMON et al., 2015; VASCONCELOS et al., 2011).

Iriart et al. (2008) relataram ainda, a auto percepção por parte dos trabalhadores, acerca do pouco reconhecimento e da desvalorização do trabalho informal. Aqueles que se submetem a tal situação, tem consciência de sua invisibilidade social, jurídica, política e também moral, e acaba refletindo esse sentimento ao considerar seu valor pessoal, afetando, dessa forma, a autoestima. Para Coelho (2016), a instabilidade social gerada pela informalidade trabalhista acarreta incertezas de renda, de local de trabalho, de aposentadoria, de garantia de saúde e/ou educação e desencadeia uma dessocialização gradual, gerando sofrimento mental (COELHO, 2016). Assim sendo, a associação entre a pior capacidade para o trabalho e a informalidade trabalhista justifica-se pela precariedade do trabalho, uma vez que esta que pode vir a desencadear doenças comprometedoras da capacidade laboral, por vezes irreversíveis à saúde do trabalhador (SILVA; FERREIRA; ALMEIDA, 2017).

Reid & Dwyer (2005) em uma revisão sistemática, afirmaram que os distúrbios do sono são comuns em todos os estágios da infecção pelo HIV. Segundo Soares de Aguiar & De Souza (2017), transtornos do sono podem impactar relevantemente a vida do ser humano. Uma noite de sono mal dormida a curto ou longo prazo, afeta as atividades diárias, bem como a capacidade para o trabalho e, consequentemente o seu desempenho profissional. Esses autores, corroborando com o nosso estudo, observaram elevada prevalência de distúrbios do sono ou sono ruim em pacientes que vivem com HIV.

Oshinaike et al. (2014) e Belísio também concordam que, mesmo com as TARV´s, distúrbios do sono são bastante comuns na população que vive com HIV. Oshinaike

(2014) afirma que o reconhecimento precoce desses distúrbios, por meio da avaliação da rotina do ciclo vigília-sono, bem como com a implementação de tratamentos adequados, podem previnir suas complicações e melhorar a qualidade de vida das PVHIV. Belísio (2014) afirmou que essa piora da qualidade do sono pode ser atribuída a algumas medicações antirretrovirais e que, quando se utiliza esses tipos de medicamentos, pode ocorrer a presença de sonolência diurna, tonturas, insônia, náuseas, pesadelos, alucinações, cefaleia e fadiga. Desta forma, estes efeitos colaterais podem influenciar negativamente na capacidade para o trabalho dessas pessoas, assim como o encontrado no presente estudo.

Jabbari et al. (2015), utilizando o PSQI para avaliar a qualidade do sono em PVHIV, também verificaram uma maior proporção de distúrbios de sono entre as PVHIV em relação ao grupo controle (55,3% e 28,0%, respectivamente). Ferreira & Ceolim (2012), em estudo sobre a qualidade do sono de PVHIV, também utilizando o PSQI, observaram associação significativa entre o sono de boa qualidade e ter carga viral indetectável, ter companheiro (a) e manter comportamento de risco. Para Jabbari et al. (2015), depressão, ansiedade e morbidade física foram apontadas como principais fatores de risco à qualidade do sono em indivíduos que vivem com o HIV. Dessa forma, pode-se ressaltar que esses fatores, associados à qualidade de sono ruim, podem ser prejudiciais à capacidade para o trabalho.

Jabbari et al. (2015), avaliaram a qualidade do sono e fatores associados em 150 PVHIV e 50 não soropositivas. O Índice de Qualidade do Sono de Pittsburgh também foi utilizado. Diferença estatisticamente significante foi encontrada em relação à qualidade do sono entre PVHIV e o grupo controle. Depressão, ansiedade e morbidade física foram detectadas como principais fatores que afetam a qualidade do sono em indivíduos que vivem com o HIV.

Nesse contexto dos fatores psicossociais, em que foi verificado no presente estudo que um pior bem-estar está associado à incapacidade para o trabalho, Diener (2000, 2009) ressalta que o bem estar subjetivo é um importante indicador de qualidade de vida, bem como de interação social. Segundo Godinho & Nogueira (2015), o bem-estar subjetivo tem sido alvo de vários estudos, no sentido de se perceber o que faz com que as pessoas sejam felizes, e tem sido associado positivamente ao suporte social e a esperança.

Atualmente, a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) mostra um cenário diferente em relação às décadas anteriores. Os desafios enfrentados pelas pessoas que vivem com o HIV também mudaram, os quais incluem o tratamento e a

terapia ao longo da vida, seus efeitos colaterais visíveis, incerteza relacionada ao emprego e estatus econômico e estigma. Hutton, Misajon & Collins (2013) colocam que viver com o HIV pode estar associado à redução do bem-estar subjetivo que, por sua vez, pode ser um possível indicador diagnóstico de depressão. De acordo com Duarte (2010), a depressão está associada à diminuição da produtividade e do desempenho no trabalho. Neste contexto, incluir medidas psicológicas nas avaliações clínicas das PVHIV, a fim de captar os prejuízos funcionais em relação aos domínios físico, emocional e social, tornou-se fundamental (REMOR et al., 2012).

Hutton, Misajon & Collins (2013) avaliaram o impacto do estigma no bem-estar subjetivo em adultos vivendo com HIV na Austrália e nos EUA. Os autores trabalharam com a hipótese que essa população relataria um bem-estar subjetivo inferior ao da população em geral e que o estigma sentido, contribuiria significativamente para os níveis reportados de bem-estar subjetivo. O instrumento utilizado foi o índice de bem-estar pessoal - adulto (PWI-A), questionário diferente do SUBI utilizado no presente estudo, porém com a mesma finalidade. Os autores verificaram que o estigma percebido na forma de interações sociais, sem apoio social, continua a exercer um impacto negativo sobre o bem-estar subjetivo e concluíram que o bem-estar subjetivo reduzido pode aumentar o risco de comportamentos adversos, tais como não adesão à medicação, abuso de substâncias, comportamentos sexuais de risco e não revelação do estado sorológico do HIV.

Portanto, podemos verificar que conviver com a cronicidade de uma doença, na maioria das vezes, afeta diversos aspectos na vida do indivíduo, tanto psicológico, social, familiar e ocupacional. Os efeitos negativos advindos dos agravos crônicos à saúde requerem ajustes em diversos domínios da vida, uma vez que um pior bem-estar subjetivo também pode influenciar negativamente a capacidade para o trabalho das PVHIV, como encontrado no presente estudo.

De acordo com o escore de classificação do índice de capacidade para o trabalho, verificamos um percentual expressivo de PVHIV classificadas com a capacidade para o trabalho moderada ou baixa, sendo este um dado bastante relevante, visto que, após o advento da TARV, este grupo populacional passou a desfrutar de longevidade semelhante à população geral (HULZEN; PRINS, 2014) e que nossa amostra é composta de adultos que estão inclusos no mercado de trabalho. Por outro lado, ao comparar a prevalência de capacidade para o trabalho moderada ou baixa dos nossos participantes com outros grupos que também possuíam doenças crônicas, essa foi inferior.

Jedryka-Góral et al. (2006) investigando a capacidade para o trabalho entre trabalhadores portadores de osteoartrite, doença coronária ou hipertensão e um grupo controle (trabalhadores jovens e saudáveis), encontraram uma capacidade para o trabalho moderada ou baixa em 65,2% dos pacientes reumáticos e em 56,8% dos pacientes cardiológicos; por outro lado, entre o grupo controle, esse percentual foi de 11,1%. Brey (2016), em estudo com trabalhadores de saúde de um hospital público do Paraná, verificou que as doenças crônicas podem influenciar negativamente nas taxas de absenteísmo, bem como na capacidade para o trabalho.

Koolhaas et al. (2003), em estudo para determinar a influência das condições de trabalho, fatores psicossociais e saúde percebida na associação entre a presença de uma condição crônica de saúde e a capacidade de trabalho entre trabalhadores com 45 anos ou mais, que trabalhavam em dez diferentes organizações holandesas, encontraram um escore da capacidade para o trabalho de 8,1 pontos (DP=1,4 pontos), pontuação essa próxima à encontrada no presente estudo. Os autores também verificaram que a presença de uma condição crônica de saúde foi negativamente associada à capacidade para o trabalho, concluindo que o estado de saúde, mais fortemente que as condições de trabalho, impactam no bom desenvolvimento do trabalho.

Vasconcelos et al. (2011), analisou fatores associadas à capacidade moderada ou baixa para o trabalho entre profissionais da enfermagem, com idade média de 41,7 anos, e verificaram que 40,8% dos enfermeiros apresentaram a capacidade para o trabalho moderada ou baixa. Este percentual elevado, provavelmente pode ser atribuído ao trabalho em turnos e noturnos, inerente à essa profissão. No presente estudo, 14% dos trabalhadores referiram trabalhar à noite, no entanto, não foram verificadas diferenças na capacidade para o trabalho de acordo com o turno de trabalho.

Nascimento (2016), em estudo sobre a capacidade para o trabalho de agentes de saúde, sendo a maioria do sexo feminino, com média de 44 anos de idade, verificou que 49,3% foram classificados com capacidade para o trabalho inadequada. É provável que o elevado percentual de capacidade moderada ou baixa para o trabalho encontrado entre os profissionais da enfermagem e os agentes de saúde deva-se aos fatores estressores inerentes a essas profissões (RESENDE et al., 2011). Esses dados apontam para a necessidade de discutir o processo de trabalho nas ações e programas de proteção e promoção da saúde, o qual é um viés do presente estudo, pois não foi questionada a atividade profissional desenvolvida pelos participantes.

A literatura possui dados limitados acerca da capacidade para o trabalho de indivíduos infectados pelo vírus da imunodeficiência humana. Möller et al. (2016)

realizaram um estudo sobre prevalência e determinantes da incapacidade para o trabalho remunerado em trabalhadores de 45 a 65 anos. A amostra foi composta por dois grupos de participantes, indivíduos infectados e não infectados pelo HIV. No geral, 8% dos participantes relataram capacidade para o trabalho moderada ou baixa. Os participantes infectados pelo HIV apresentaram uma maior proporção de capacidade para o trabalho moderada ou baixa (9%) em relação aos participantes não infectados (7%). A nota média geral para a capacidade para o trabalho de ambos os grupos foi de 7,7 pontos (DP=1,6 pontos), bastante semelhante a do nosso grupo de estudo (8,3 pontos, DP=2,3 pontos), a qual indica que ambos os estudos encontraram uma boa capacidade para o trabalho entre os avaliados. Os autores concluíram que PVHIV possuem uma capacidade para o trabalho muito semelhantes aos indivíduos HIV negativos. Entretanto, conforme já mencionado anteriormente, a saúde coletiva não pode menosprezar a proporção expressiva desta população que apresentou capacidade moderada ou baixa para o trabalho.

ELZI et al. (2016), em uma coorte suíça, investigaram os preditores da recuperação da capacidade para o trabalho após um ano do início do tratamento com as TARV´s. Esses autores concluíram que a recuperação da capacidade para o trabalho depende principalmente da supressão viral, da ausência de comorbidades psiquiátricas e de fatores psicossociais favoráveis. Parte desses achados corroboram os encontrados no presente estudo, em que aspectos psicossociais são relevantes para a boa realização da atividade profissional.

Ferreira & Ceolim (2012), em estudo sobre a qualidade do sono de PVHIV, também utilizando o questionário do PSQI e com amostra semelhante a nossa, obtiveram resultados bem próximos ao nosso, dos quais 53,3% apresentaram boa qualidade de sono e 46,7% de má qualidade de sono. As autoras sugerem que essa prevalência de má qualidade de sono, embora um pouco menor comparativamente a outros estudos realizados com PVHIV, precisam ser sistematicamente investigadas, uma vez que as PVHIV apresentam maior prevalência de queixas de sono, e que quando detectadas precocemente podem ser mitigadas ou minimizadas; caso contrário, a deterioração da qualidade de sono afetará diretamente a saúde e a qualidade de vida das PVHIV.

Oshinaike et al. (2014) buscaram determinar a prevalência de distúrbios do sono e suas características associadas em pacientes ambulatoriais vivendo com HIV e em uso da TARV. De acordo com o PSQI, esses autores obtiveram prevalência de má qualidade de sono um pouco superior ao presente estudo (59,3%). Apesar da média de idade ser bastante semelhante a do nosso estudo, diferentemente da nossa amostra, mais de 70%

dos participantes era do sexo feminino (no nosso estudo 44,3% eram mulheres).De acordo com a literatura, as mulheres apresentam pior qualidade de sono, isso devido as alterações hormonais que afetam diretamente na arquitetura do sono (MOREIRA et al., 2013).

Em estudo para a avaliação da qualidade do sono, também utilizando o PSQI, entre mulheres em quimioterapia, devido ao câncer de mama, 58,4% apresentaram uma má qualidade de sono (AMORIM; SILVA; SHIMIZU, 2017). Os autores atribuem essa má qualidade de sono aos efeitos tóxicos dos quimioterápicos, que também estão relacionados a maior fadiga. Já Miyahira et al. (2016), ao avaliarem a qualidade do sono pelo PSQI em pacientes com doença renal crônica, encontraram que 73,9% apresentaram má qualidade de sono. Os autores colocam que elevado percentual de má qualidade de sono entre esses pacientes é esperado, uma vez que estão submetidos a tratamentos longos e dolorosos. Diante desses resultados, pode-se especular, com a devida cautela, que assim como os sujeitos das pesquisas supracitadas, por possuírem doenças de elevada gravidade, são submetidos frequentemente a situações de grandes tensões e estresse. O estresse é tido como um dos grandes fatores desencadeantes da insônia, uma vez que o cortisol ativa o eixo HPA (hipotálamo-pituitária-adrenal), e com níveis mais elevados desse hormônio, positivamente correlacionado com os níveis de estresse, ocorre o despertar durante o sono (ROCHA; MARTINO, 2010).

A escolaridade da amostra estudada foi considerada boa frente à realidade brasileira, sendo que um pouco mais de um terço referenciou ter no mínimo ensino médio completo. Os dados coletados referente às dificuldades financeiras, corroboram coma correlação positiva entre a escolaridade e a renda (SCHWARTZMAN, 2006), visto que quase metade relatou não ter nunca dificuldades financeiras ao final de cada mês. Schwartzman (2006) refere que a educação ocupa posição de destaque dentre as políticas sociais, não apenas no que concerne às teorias, que atribuem à educação um papel fundamental para o desenvolvimento econômico. As desigualdades educacionais são os principais indicadores das desigualdades de renda, oportunidades e condições de vida.

A relação entre o gênero e trabalho também merece ser discutida no presente estudo, uma vez que a maioria dos trabalhadores do presente estudo era do sexo masculino. Ainda nos dias atuais, a discriminação entre gêneros em se tratando de empregos e cargos, continua a acontecer. Para Valverde (2016), as mulheres continuam preteridas no mercado de trabalho, e para as negras, a marginalização é ainda mais acentuada. A mesma atribui o fato não apenas ao conteúdo cultural, em que a cultura

patriarcal persistiu por anos, mas também as diferenças físicas e biológicas entre os sexos masculino e feminino. O sexo feminino possui menor chance de conquistar cargos mais elevados e têm menor remuneração do que os homens e as mulheres não negras.

Em virtude de termos em nossa amostra apenas 2,4% de indivíduos que se identificaram como travesti ou transexual, também é pertinente que levemos em consideração a relação entre identidade de gênero e o trabalho. Para Silva e Pires (2015), em estudo sobre sexualidade e trabalho, os mesmos afirmaram que os homossexuais sofrem preconceito e discriminação constantes nas organizações e no ambiente de trabalho. Os autores afirmam que os homossexuais perdem a oportunidade de serem contratados ou até mesmo receberem uma promoção no âmbito organizacional por possuírem sexualidade contrária à heterossexualidade.

Embora resultados relevantes sobre as PVHIV tenham sido investigados no presente estudo, é necessário apontar algumas limitações do mesmo, em que a ausência de questões sobre a atividade laboral desenvolvida pelos participantes, a raça/cor e o recebimento de benefícios sociais públicos não nos permitem avançar sobre essas questões na capacidade para o trabalho. Nesse contexto, sugere-se que novos estudos contemplem tais aspectos, uma vez que os mesmos podem interferir diretamente nos aspectos estudados.

6 CONCLUSÃO

Conclui-se que o trabalho com vínculo informal, a qualidade de sono de ruim e o pior bem-estar subjetivo estão associados à pior capacidade para o trabalho entre pessoas vivendo com HIV. As prevalências de capacidade moderada ou baixa para o trabalho, do bem-estar subjetivo e da qualidade de sono foram elevadas, o que sugerem a necessidade de ações de vigilância frente à oferta e condições de trabalho, bem como de intervenções, através de políticas públicas, que preservem ou promovam a capacidade para o trabalho. Essas devem ser constantes e permanentes, evitando, assim, que a infecção pelo HIV seja a causa de situações discriminatórias ou de estigmatização.

Vale ressaltar que a situação de infecção pelo HIV pode ser de extrema adversidade, porém, passível de ressignificação, mudanças e novas oportunidades diante da vida. Considerando o trabalho como um determinante social da saúde, pesquisas que busquem explorar, entender e intervir a respeito da capacidade para o trabalho da população em questão, visando manutenção ou a inclusão ao mercado de trabalho, é de grande relevância para a saúde coletiva, visto que as pessoas infectadas com HIV estão cada vez mais longevas e com capacidade para o trabalho bastante semelhante à da população em geral.

Os distúrbios do sono são extremamente comuns entre os pacientes infectados pelo HIV e sua abordagem não deve ser negligenciada no manejo desta população. Manter a qualidade de vida das PVHIV, o qual inclui a avaliação rotineira do sono, é essencial para um bem-estar adequado e equilibrado.

A promoção de resiliência no contexto do HIV também é de suma importância na promoção da saúde integral. Investir em ações que proporcionem resiliência, boa qualidade do sono e bons níveis de bem-estar subjetivo entre as PVHIV, podem levar a melhor adesão à medicação e desfechos clínicos. A detecção precoce das queixas sobre o sono e sintomas depressivos e de ansiedade, seguidos do planejamento de intervenções que permitam prevenir ou minimizar o agravamento das queixas e a posterior deterioração da qualidade do sono e do bem-estar subjetivo, refletirão sobre a saúde em geral, da qualidade de vida, e consequentemente na capacidade laboral desses indivíduos.

Por fim, é fundamental que destaquemos que os fatores que prejudicam a capacidade para o trabalho em PVHIV são semelhantes aos enfrentados por pessoas com sorologia negativa para o HIV e que, viver com tal vírus, não é imediatamente condição limitante à capacidade para o trabalho do grupo populacional em questão.

REFERÊNCIAS

ABBAS, A.K.; LICHTMAN, A. H.H; PILLAI, S. Imunologia celular e molecular. Elsevier Brasi, 8ª ed., 2015.

ALENCAR, T. M. D. DE; NEMES, M. I. B.; VELLOSO, M. A. Transformações da “Aids aguda” para a “Aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e Aids. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 6, p. 1841–1849, 2008.

ALMONDES, K. M. DE; ARAÚJO, J. F. DE. Padrão do ciclo sono-vigília e sua relação com a ansiedade em estudantes universitários. **Estudos de Psicologia (Natal)**, v. 8, n. 1, p. 37–43, 2003.

ALÓE, F.; DE AZEVEDO, A. P.; HASAN, R. Mecanismos do ciclo sono-vigília. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, v. 27, n. SUPPL. 1, p. 33–39, 2005.

AMORIM, J. R.; SILVA, I. A.; SHIMIZU, I. S. Avaliação da qualidade de sono em pacientes com câncer de mama em quimioterapia. **Revista Brasileira de Mastologia**, v. 27, n. 1, p. 3–7, 2017.

ANDREOLI, S. B. et al. Violence and post-traumatic stress disorder in Sao Paulo and Rio de Janeiro, Brazil: The protocol for an epidemiological and genetic survey. **BMC Psychiatry**, v. 9, p. 1–9, 2009.

ANNEQUIN, M. et al. Has the employment status of people living with HIV changed since the early 2000s? **Aids**, v. 29, n. 12, p. 1537–1547, 2015.

ARAÚJO, M. F. et al. Avaliação Da Qualidade Do Sono De Estudantes Universitários De Fortaleza-Ce 1 Sleep Quality Assessment in College Students From Fortaleza-Ce. **Abr-Jun**, v. 22, n. 2, p. 352–60, 2013.

BELÍSIO, S. A. Avaliação dos disturbios e da qualidade do sono em pacientes com imunodeficiência humana (HIV). **Revista Humano Ser - UNIFACEX**, v. 1, n. 1, p. 24–38, 2014.

BERTOLAZI, A. N. et al. Validation of the Brazilian Portuguese version of the Pittsburgh Sleep Quality Index. **Sleep Medicine**, v. 12, n. 1, p. 70–75, 2011.

BRAGA, M. et al. AIDS: Um breve panorama sobres aspectos epidemiológicos, antropológicos, clínicos e a situação atual no Brasil. **Revista Científica Fagoc Saúde**, v. 2, p. 50–49, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Saúde. Mais destaques. **SUS oferece tratamento completo e gratuito a portadores de HIV** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde 2017 [citado 2017 Dez 29]; Disponível em; http://www.brasil.gov.br/saude/2017/12/sus-oferece-tratamento-completo-e-gratuito-a-portadores-de-hiv.Brasil. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS** [Internet]. Brasília (DF): Ministério da Saúde; 2016[citado 2017 Mai 29]. p.41-43. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2016/59291/boletim_2016_1pdf_16375.pdf.

BRASIL (2015). **Boletim epidemiológico HIV-Aids,** Ano IV nº 1. Brasília: Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais, Ministério da saúde

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**, v. 5, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/boletim-epidemiologico-hivaids-2017>. Acesso em: 09 mai. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Aids no Brasil. 2012. Brasil, **DST/AIDS Programa do Ministério da Saúde**. 2013. Brasil, Ministério da Saúde. Lei nº 9.313, de 13 de novembro de 1996. Dispões sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS [legislação na internet]. Diário Oficial da União. Brasília, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde. **Recomendações para terapia anti retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**: 2008. 7ª ed. Brasília: Ministério da Saúde, 2008. Cohen MS et al. Acute HIV-1 Infection. N Engl J Med, Boston. 2011 May; 19(20):194-354.

BREY, C. Relação Entre Absenteísmo, Capacidade Para O Trabalho E Doenças Crônicas De Trabalhadores De Saúde De Um Hospital Público Do Paraná. 2016.

BUYSSE, D.J., REYMONDS, C. F., MONK T. H., BERMAN, S. R., KUPFER, D. J., The Pittsburgh sleep Quality Index: a new instrument for psychiatric practice and research. **Psychiatr Res.** 1989;28(2):193-213.

CACOZZI, A. Estudo da condição clínica de pacientes com transtorno depressivo identificados na população geral por meio do bem-estar subjetivo. p. 1–48, 2014.

CACOZZI, A. O bem-estar subjetivo de indivíduos com transtorno depressivo identificados na população. 2017.

CALVETTI, P. ÜCKER; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com hiv/aids. **Psicologia em Estudo**, v. 13, n. 3, p. 523–530, 2008.

CÂMARA, M. C. S. (2009). Estratégias de enfrentamento e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. **Diversitas**, 5, 97-110. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982009000100009&script=sci_arttex

CAMARANO, A. A.; PASINATO, M. T. Envelhecimento funcional e suas implicações para a oferta da força de trabalho brasileira. **Textos para discussão n 1326**, p. 1–36, 2008.

CARVALHO, A. S. C. DE et al. Qualidade do sono e marcadores endócrinos e bioquímicos. **I Congresso Nacional de Ciências Biomédicas Laboratoriais**, v. 23, n. 2010, p. 2016, 2016.

CATUNDA, C.; SEIDL, E. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV / aids : efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento Quality of life of people living with HIV / AIDS : Effects of illness perception and coping strategies. v. 32, p. 1–7, 2017.

CDC. Antibodies to a Retrovirus Etiologically Associated with Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) in Populations with Increased Incidences of the Syndrome. MMWR. 1984; 33(27):377-9.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION. (2013). Social determinants of health among adults diagnosed with HIV infection in 18 areas, 2005–2009. HIV Surveillance Supplemental Report, 18(4), 1–28. Retrieved from http://www.cdc.gov/hiv/pdf/statistics_2005_2009_hiv_surveillance_report_vol_18_n4.pdf.

CHELLAPPA, S. L.; ARAUJO, J. F. Qualidade subjetiva do sono em pacientes com transtorno depressivo. **Estudos de Psicologia**, v. 12, n. 3, p. 269–274, 2007.

CHOKROVERTY, S. Overview of sleep & sleep disorders. **The Indian journal of medical research**, v. 131, n. February, p. 126–140, 2010.

COELHO, R. A instabilidade social reposta pela flexibilidade do trabalho. n. 1996, p. 85–103, 2016.

COLETTO, M.; CâMARA, S. Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. **Diversitas: Perspectivas en Psicología**, v. 5, p. 97–110, 2009.

COSTA, C. S. N. DA et al. 113 - Capacidade para o trabalho e qualidade de vida de trabalhadores industriais. **Ciˆnc. saude coletiva**, v. 17, n. 6, p. 1635–1642, 2012.

COSTANZA, R. et al. Quality of life: An approach integrating opportunities, human needs, and subjective well-being. **Ecological Economics**, v. 61, n. 2–3, p. 267–276, 2007.

DA-YONG-LU et al. HAART in HIV / AIDS Treatments , a Current Limitation. **EC Orthopaedics**, v. 4, n. Table 1, p. 140–146, 2017.

DE ARAUJO, P. A. B. et al. Índice Da Qualidade Do Sono De Pittsburgh Para Uso Na Reabilitação Cardiopulmonar E Metabólica. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 21, n. 6, p. 472–475, 2015.

DE SOUZA, Z.; LEITE, J. L. Aids e envelhecimento: reflexões sobre a infecção pelo HIV em indivíduos acima dos 60 anos. **Academus Revista Científica da Saúde**, v. 2, n. 2, 2016.

DEPIERI, N. B. et al. Qualidade do Sono e Sonolência entre Universitários Formandos. **Arquivos do MUDI**, v. 20, p. 33–42, 2016.

DIENER, E. Bias in Mood Recall in Happy and Unhappy Persons. **… Meeting of the …**, p. 13, 1984.

DIENER, E. *et al.* "Subjective well-being: Three decades of progress." **Psychological Bulletin** v. 125, p. 276-302, 1999.

DIENER, E. Subjective well-being. The science of happiness and a proposal for a national index., **The American psychologist**, v. 55, n. 1, p. 34–43, 2000.

DIENER, E.; OISHI, S.; LUCAS, R. E. Personality, Culture, and Subjective Well-Being: Emotional and Cognitive Evaluations of Life. **Annual Review of Psychology**, v. 54, n. 1, p. 403–425, 2003.

DIENER, E. et al. Wealth and happiness across the world: Material prosperity predicts life evaluation, whereas psychosocial prosperity predicts positive feeling. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 99, n. 1, p. 52–61, 2010.

DOS REIS JUNIOR, E.; BRAGA, L.; PAVANELLI, M. efeitos cardovasculares, renais e hepáticos da terapia antirretroviral (TARV): uma revisão da literatura. **Revista Iniciare**, v. 2, n. 1, p. 28–35, 2017.

DST-AIDSHEPATITES VIRAIS. **Terapia antirretroviral, 2014.** Disponível em: http://www.aids.gov.br/pcdt/ Acesso em. Abr. 2018

DUNN, A. et al. Sleep Quality in HIV Patients : Efavirenz Use , CD4 Status , Cytokine and Monocyte Profiles. v. 74, n. 9, p. 2015, 2015.

ELZI, L. et al. Ability to work and employment rates in human immunodeficiency virus (HIV)-1-infected individuals receiving combination antiretroviral therapy: The Swiss HIV cohort study. **Open Forum Infectious Diseases**, v. 3, n. 1, p. 1–8, 2016.

FARIA, J. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicologia em Estudo**, v. 11, n. 1, p. 155–164, 2006.

FERNANDES, H. et al. Violência e vulnerabilidade ao HIV/AIDS em jovens homossexuais e bissexuais. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 4, p. 390–396, 2017.

FERNANDES, R. M. F. O sono normal. **Medicina**, v. 39, n. 2, p. 157–168, 2006.

FERREIRA, L. T. K.; CEOLIM, M. F. Qualidade do sono em portadores do vírus da imunodeficiência humana. **Rev Esc Enferm USP**, v. 46, n. 4, p. 892–899, 2012.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. D. C. Reinserção no mercado de trabalho. Barreiras e silêncio no enfrentamento da exclusão por pessoas com HIV/AIDS. **Medicina**, v. 39, n. 4, p. 591–600, 2006.

FISCHER, F. et al. A (in) capacidade para o trabalho em trabalhadores de enfermagem. **Rev. Bras. Med. Trab. Belo Horizonte**, v. 3, n. 2, p. 97–103, 2005.

FOGARTY, A. S. et al. Factors distinguishing employed from unemployed people in the Positive Health Study. **Aids**, v. 21 Suppl 1, n. June 2006, p. S37-42, 2007.

FONSECA, M. G. P.; SZWARCWALD, C. L.; BASTOS, F. I. A sociodemographic analysis of the AIDS epidemic in Brazil, 1989-1997. **Revista de saude publica**, v. 36, n. 6, p. 678–685, 2002.

FONTENELLES, M. J. et al. Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa. **Metodologia da Pesquisa Científica: diretrizes para elaboração de um protocolo de pesquisa**, p. 8, 2009.

FRANCO, R. K. G. A face pobre da aids. **Tese de doutourado em educação** -

Universidade Federal do Ceará, Brasil p. 1–48, 201o.

FURLANI, R.; CEOLIM, M. F. Padrões de sono de estudantes ingressantes na Graduação em Enfermagem. **RebenRevista Brasileira de Enfermagem - REBEn**, v. 3, n. 2, p. 320–324, 2005.

GALINHA, I.; PAIS RIBEIRO, J. L. História E Evolução Do Conceito De Bem-Estar Subjectivo. v. 6, n. 2, p. 203–214, 2005.

GASPAR, T.; BALANCHO, L. Fatores pessoais e sociais que influenciam o bem-estar subjetivo : diferenças ligadas estatuto socioeconômico Personal and social factors that influence subjective well-being : socioeconomic differences. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 22, n. 4, p. 1373–1380, 2017.

GEIB, L. T. C. et al. Sono e envelhecimento. **Revista de Psiquiatria do Rio Grande do Sul**, v. 25, n. 3, p. 453–465, 2003.

GIACOMONI, C. H. Bem-estar subjetivo: em busca da qualidade de vida. **Temas em Psicologia da SBP**, v. 12, n. 1, p. 43–50, 2004.

GODINHO, M.; NOGUEIRA, D. E. M. A relação entre o bem-estar subjetivo, o suporte social e a esperança na população. 2015.

GRANGEIRO, A.; SILVA, L. L. DA; TEIXEIRA, P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Pública**, v. 26, n. 1, p. 87–94, 2009.

GRØNLIE, A. A.; DAGEID, W. Subjective Well-Being Among HIV-Positive South Africans : The Influence of Resilience and Social Capital. **Social Indicators Research**, n. 1, 2016.

HARVEY, A. G. et al. The Subjective Meaning of Sleep Quality: A Comparison of Individuals with and without Insomnia. **Sleep**, v. 31, n. 3, p. 383–393, 2008.

HULZEN, A. G. W. VAN; PRINS, J. M. Looking Beyond Health-Related Quality of Life : Predictors of Subjective Well-Being among People Living with HIV in the Netherlands. 2014.

HUTTON, V. E.; MISAJON, R.; COLLINS, F. E. Subjective wellbeing and “felt” stigma when living with HIV. **Quality of Life Research**, v. 22, n. 1, p. 65–73, 2013.

ILMARINEN, J. Aging workers. **Occupational and environmental medicine**, v. 58, n. 8, p. 546–552, 2001.

IRIART, J. A. B. et al. Representações do trabalho informal e dos riscos à saúde entre trabalhadoras domésticas e trabalhadores da construção civil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, n. 1, p. 165–174, 2008.

JABBARI, F. et al. Associated factors of sleep quality in HIV-positive individuals. **Future Virology**, v. 10, n. 2, p. 89–96, 2015.

JABŁONOWSKA, E.; DROBNIEWSKI, I.; STĘPIEŃ, J. CMV retinitis or immune reconstitution inflammatory syndrome in patient infected with multidrug resistant HIV? **HIV**

and AIDS Review, v. 9, n. 2, p. 48–51, 2010.

JEDRYKA-GÓRAL, A. et al. Work ability in ageing workers suffering from chronic diseases. **International journal of occupational safety and ergonomics : JOSE.**, v. 12, n. 1, p. 17–30, 2006.

JUNQUEIRA, P. et al. Women living with HIV/AIDS: Sleep impairment, anxiety and depression symptoms. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 66, n. 4, p. 817–820, 2008.

KRYGER, M. H. Diagnosis and management of sleep apnea syndrome. **Clinical cornerstone**, v. 2, n. 5, p. 39–47, 2000.

LAND, K. C. (1975). Social indicators models: An overview. In K. C. Land & S. Spilerman (Orgs.), Social indicator models (pp. 5-36). New York: Russell Sage Foundation.

LAU, L. J.; JAMISON, D. T.; LIU, S. C.; RIVKIN, S. Education and economic growth: some cross-country evidence from Brazil. **Journal of Development Economics**, v. 41, n. 1, p. 45-70, June 1993.

LAZARUS, R. S.; FOLKMAN, S. (1984). Stress, appraisal, and coping. New York: Springer.

LEANDRO, C. G. et al. Mecanismos adaptativos do sistema imunológico em resposta ao treinamento físico. **Revista Brasileira de Medicina do Esporte**, v. 13, n. 5, p. 343–348, 2007.

LEE, K. A. et al. Circadian regulation gene polymorphisms are associated with sleep disruption and duration, and circadian phase and rhythm in adults with HIV. **Chronobiology International**, v. 32, n. 9, p. 1278–1293, 2015.

LIMA, A. L. L. M.; OLIVEIRA, P. R.; CARVALHO, V. C. Osteoarticular disorders in people living with HIV / AIDS. v. 16, n. 1, p. 5–6, 2014.

LINDBERG, P. Promoting excellent work ability and preventing poor work ability: the same determinants? Results from the Swedish HAKuL study. **Occupational and Environmental Medicine**, v. 63, n. 2, p. 113–120, 2006.

LITTLE, S. J. ET AL. Recently Infected With Hiv. **The New England Journal of Medicine**, v. 347, n. 6, p. 385–394, 2002.

LIU, L. et al. Functional social support, psychological capital, and depressive and anxiety symptoms among people living with HIV/AIDS employed full-time. **BMC Psychiatry**, v. 13, n. 324, p. 21, 2013.

LORETO, S.; AZEVEDO-PEREIRA, J. M. A infecção por HIV – importância das fases iniciais e do diagnóstico precoce. **Acta Farmacêutica Portuguesa**, v. 1, n. 2, p. 5–17, 2012.

LOW, Y. et al. The Association of Fatigue with Depression and Insomnia in HIV-Seropositive Patients: A Pilot Study. **Sleep**, v. 34, n. 12, p. 1723–1726, 2011.

MARQUEZE, E. C.; CASTRO MORENO, C. R. DE C. Satisfaçãoo no trabalho e

capacidade para o trabalho entre docentes universitários. **Psicologia em Estudo**, v. 14, n. 1, p. 75–82, 2009.

MARQUEZE, E. C. et al. **Ciclo vigília-sono e qualidade do sono em pessoas vivendo com HIV/Aids: uma intervenção de atenção plena (Mindfulness)** [Projeto de pesquisa]. Santos: Universidade Católica de Santos, 2014-2017.

MARTINEZ, M. C. et al. Work ability: a literature review. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. SUPPL. 1, p. 1553–1561, 2010.

MAURO, M. Y. C. et al. Riscos Ocupacionais em Saúde. **Revista Enfernagem UERJ**, v. 12, p. 338–345, 2004.

MIYAHIRA, C. K. et al. Avaliação da dor torácica , sono e qualidade de vida de pacientes com doença renal crônica. v. 23, n. 4, p. 61–66, 2016.

MÖLLER, L. M. et al. Prevalence and determinants of insufficient work ability in older HIV-positive and HIV-negative workers. **International Archives of Occupational and Environmental Health**, v. 89, n. 4, p. 699–709, 2016.

MOREIRA, L. et al. Comparison of the sleep quality among physically active men and women. **Revista Electronica Saúde e Ciencia**, v. 3, n. 2, p. 38–49, 2013.

MÜLLER, M. R.; GUIMARÃES, S. S. Impacto dos transtornos do sono sobre o funcionamento diário e a qualidade de vida. **Estudos de Psicologia**, v. 24, n. 4, p. 519–528, 2007.

NADAL, S.; MANZIONE, C. Síndrome inflamatória da reconstituição imunológica. **Revista Brasileira de Coloproctologia**, v. 29, p. 125–128, 2009.

NASCIMENTO, P. DE O. Avaliação da capacidade de trabalho de agentes comunitários de saúde do município de Juiz de Fora. 2016.

NEVES, G. S. M. L. et al. Transtornos do sono: visão geral. **Revista Brasileira de Neurologia**, v. 49, n. 2, p. 57–71, 2013.

OHAYON, M. M. Epidemiological overview of sleep disorders in the general population. **Sleep medicine reviews**, v. 2, n. 1, p. 1–9, 2011.

OSHINAIKE, et al. Quality of sleep in an HIV population on antiretroviral therapy at an urban tertiary centre in Lagos, Nigeria. **Neurology Research International**, v. 2014, 2014.

PASSOS, M. H. P. et al. Reliability and validity of the Brazilian version of the Pittsburgh Sleep Quality Index in adolescents. **Jornal de Pediatria (Versão em Português)**, v. 93, n. 2, p. 200–206, 2017.

PELLEGRINO, P. **Organização do trabalho e aspectos de saúde associados à capacidade de trabalho em pilotos de aviação comercial.** Dissertação de Mestrado em Saúde Coletiva - Universidade Católica de Santos, Brasil, 2016.

RAMON, J. et al. Associação entre aspectos psicossociais do trabalho e qualidade de vida

de mototaxistas Association between psychosocial aspects of work and quality of life among motorcycle taxi drivers Asociación entre aspectos psicosociales del trabajo y calidad de vid. v. 31, n. 1, p. 97–110, 2015.

REID, S.; DWYER, J. Insomnia in HIV infection: a systematic review of prevalence, correlates, and management. **Psychosomatic Medicine**, v. 67, n. 2, p. 260–269, 2005.

REMOR, E. et al. Development of a new instrument for the assessment of psychological predictors of well-being and quality of life in people with HIV or AIDS. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 8, p. 2414–2423, 2012.

ROBBINS, J. L. et al. Physiological and psychological correlates of sleep in HIV infection. **Clinical nursing research**, v. 13, n. 1, p. 33–52, 2004.

ROCHA, M. C.; MARTINO, M. O estresse e qualidade do sono do enfermeiro nos diferentes turnos hospitalares. **Rev Esc Enferm USP**, v. 44, n. 2, p. 280–6, 2010.

RODOVALHO, R. G.; TORUNSKY, R. C. Associação entre o uso de antirretrovirais no tratamento para HIV e alterações físicas e metabólicas. 2016.

RYAN, R. M.; DECI, E. L. O N H APPINESS AND H UMAN P OTENTIALS : A Review of Research on Hedonic and. 2001.

RZESZUTEK, M.; GRUSZCZYŃSKA, E.; FIRLĄG-BURKACKA, E. Coping profiles and subjective well-being among people living with HIV: less intensive coping corresponds with better well-being. **Quality of Life Research**, v. 26, n. 10, p. 2805–2814, 2017.

SABERI, P.; NEILANDS, T. B.; JOHNSON, M. O. Quality of Sleep: Associations with Antiretroviral Nonadherence. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 25, n. 9, p. 517–524, 2011.

SANTOS, J.; GONÇALVES, G. A determinação do empenhamento organizacional e do bem-estar no trabalho sobre o bem-estar subjetivo. **Revista Psicologia Organizações e Trabalho**, v. 15, n. 2, p. 123–132, 2015.

SANTOS, L. C. et al. Transtornos Do Ciclo Sono-Vigília / Circadiano - Uma Revisão De Literatura. **BJSCR - Brazilian Journal of Surgery and Clinical Research**, v. 7, p. 38–43, 2014.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. D. G. C. DA. A Cronicidade no Processo Saúde-Doença: repensando a epidemia da AIDS após os anti-retrovirais. **Revista de Enfermagem URJ**, v. 14, n. 3, p. 455–462, 2006.

SELIGMAN, M. Bem-Estar Subjetivo No Trabalho : Contribuições Da Psicologia Positiva Para a Gestão De Pessoas. 2000.

SELIGMANN-SILVA, E. et al. O mundo contemporâneo do trabalho e a saúde mental do trabalhador. **Revista Brasileira de Saúde Ocupacional**, v. 35, n. 122, p. 187–191, 2010.

SCHWARTZMAN, S. Educação e pobreza no Brasil. **Cadernos Adenauer**, Rio de janeiro, v.7, n. 2, p. 9-37, jun. 2006

SHARMA, R.; GUPTA, N.; BIJLANI, R. L. Effect of yoga based lifestyle intervention on

subjective well-being. **Indian journal of physiology and pharmacology**, v. 52, n. 2, p. 123–31, 2012.

SILAGADZE, A. " Post-Soviet Paradoxes " of Unemployment Rate. **Bulletin of the Georgian National Academy of Sciences**, n. May, 2017.

SILVA, J.; FERREIRA, L.; ALMEIDA, B. A nova organização do trabalho e a saúde do trabalhador. **5º Encontro Internacional de Política Social 12º Encontro Nacional de Política Social Tema: "Restauração conservadora e novas resistências" Vitória (ES, Brasil), 5 a 8 de junho de 2017 Eixo: Mundo do Trabalho A**, 2017.

SILVA, W.; PIRES, S. Sexualidade e trabalho: discriminação eo preconceito sofrido pelosSEXUALIDADE E TRABALHO: discriminação e o preconceito sofrido pelos homossexuais no ambiente de trabalho. **Qualia: a ciência em movimento**, p. 78–105, 2015.

SIQUEIRA, M.; PADOVAN, V. Bases Teóricas de Bem-Estar Subjetivo , Bem-Estar Psicológico e Bem-Estar no Trabalho Theoretical Basis of Subjective Well-Being , Psychological Well-Being and Well-. v. 24, p. 201–209, 2008.

SKINNER, E. A. et al. Searching for the structure of coping: A review and critique of category systems for classifying ways of coping. **Psychological Bulletin**, v. 129, n. 2, p. 216–269, 2003.

SOARES DE AGUIAR, G.; DE SOUZA, A. Distúrbios do sono em pacientes vivendo com HIV/AIDS e dor crônica. **XVIII Semana de iniciação científica UFRGS - PROPESQ**, p. 59, 2017.

SUH, E. et al. The shifting basis of life satisfaction judgments across cultures: Emotions versus norms. **Journal of Personality and Social Psychology**, v. 74, n. 2, p. 482–493, 1998.

The WHOQOL-HIV Group. (2003). Preliminary development of The World Health Organization's Quality of Life HIV instrument (WHOQOL-HIV): analysis of the pilot version. **Social Science and Medicine**, 57, 1259-1275. doi: 10.1016/ S0277-9536(02)00506-3

TAQUETTE, S. Feminização da AIDS e adolescência. **Revista Adolescencia e Saude**, v. 6, n. 1, p. 33–40, 2009.

TOV, W. Cross-cultural Research. p. 539–552, 2012.

TOV, W.; DIENER, E. Culture and Subjective Well-Being. p. 691–713, 2007.

TSE, W. F.; YANG, W.; HUANG, W. A narrative review of cost-effectiveness analysis of people living with HIV treated with HAART: from interventions to outcomes. **ClinicoEconomics and outcomes research : CEOR**, v. 7, p. 431–9, 2015.

TUOMI, K. et al. The Work Ability Index (WAI). Work ability index. **Finnish: Institute of occupational health Helsinki**, 1997.

TUOMI K, ILMARINEN J, JAHKOLA A, KATAJARINNE L, TULKKI A. Índice de Capacidade para o Trabalho. São Carlos: EdUFSCar. 2005.

UHDE, T. W. (1998). The anxiety disorders. In M. H. Kryger, T. Roth & W. C. Dement (Orgs.), Principles and practice of sleep medicine (pp. 871-894). Nova York: W. B. Saunders.

UNAIDS. **Informações básicas**. Disponível em: <http://unaids.org.br/informacoes-basicas/> Acesso em: 02 out. 2017.

UNAIDS. **Estatísticas**, 2010. Disponível em: <http://unaids.org.br/ estatisticas/> Acesso em: 18. Set. 2016

USTINOV, Y. et al. Association between report of insomnia and daytime functioning. **Sleep Medicine**, v. 11, n. 1, p. 65–68, 2010.

VALINI, A. P.; PIMENTEL, S. Terapia antirretroviral altamente ativa. **Revista de Trabalhos Acadêmicos da FAM**, v. 2, n. 1, p. 1–54, 2017.

VALVERDE, J. A INSERÇÃO DA MULHER NO MERCADO DE TRABALHO : Discriminação , Assédio , Diferença Salarial entre os Gêneros e Avanços na Busca pela Igualdade. 2016.

VASCONCELOS, S. P. et al. Fatores associados à capacidade para o trabalho e percepção de fadiga em trabalhadores de enfermagem da Amazônia ocidental. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 14, n. 4, p. 688–697, 2011.

VELLOSO, M. P. et al. Interdisciplinarity and training in the collective health area. **Trabalho, Educação e Saúde**, v. 14, n. 1, p. 257–271, 2016.

VILHENA, E. et al. Factores psicossociais preditivos de ajustamento à vida de pessoas com doenças crônicas. v. 15, n. 1, p. 219–232, 2014.

WHITE, J.L.; DARKO, D.F.; BROWN, S.J. et al., “Early central nervous system response to HIV infection: sleep distortion and cognitive-motor decrements,” **AIDS**, vol.9, no. 9, pp.1043–1050, 1995.

WHO-World Health Organization: HIV Drug Resistance Report. **World Health Organization**. GENEBRA, 2012.

WIBBELER, T. et al. Sleepiness and sleep quality in patients with HIV infection. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 72, n. 6, p. 439–442, 2012.

WILSON, W. (1967). Correlates of avowed happiness. Psychological Bulletin, 67, 294-306.

WONG, L. L. R.; CARVALHO, J. A. O rápido processo de envelhecimento populacional do Brasil: sérios desafios para as políticas públicas. **Revista Brasileira de Estudos de População**, v. 23, n. 1, p. 5–26, 2006.

WOYCIEKOSKI, C.; STENERT, F.; HUTZ, C. S. Determinantes del bienestar subjetivo. **Psico (Porto Alegre)**, p. 280–288, 2012.

Anexo 1 – Autorização da Secretaria Municipal de Saúde de Santos para realização da pesquisa

Santos

PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTOS
Estância Balneária
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE

Santos, 09 de abril de 2015.

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins, que a Secretaria Municipal de Saúde de Santos, por meio da Coordenadoria de Formação e Educação Continuada em Saúde, concorda que a pesquisadora Prof.ª Dr.ª Elaine Cristina Marqueze realize a pesquisa **"Ciclo vigília-sono e qualidade do sono em pessoas vivendo com HIV/Aids: uma intervenção de atenção plena (Mindfulnness)"**, após análise e parecer favorável dos órgãos competentes.

Prof.ª Ms. Ana Cláudia Freitas de Vasconcelos
COFORM-SMS

Rua XV de Novembro nº 195 – 5º andar – Centro – Santos/SP – CEP: 11.010-151
Tel.: (13) 3203-5000 ramal: 5651

Anexo 2 – Instrumento de coleta de dados

INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS

Pesquisa: *"Ciclo vigília-sono e qualidade do sono em pessoas vivendo com HIV/Aids: uma intervenção de atenção plena (Mindfulnness)"*

Código			

QUESTÕES SOBRE DADOS PESSOAIS

01. Qual o seu sexo de nascimento? ☐ Masculino ☐ Feminino ☐ Ambivalente/Intersexo

02. Atualmente, como você se considera?
☐ Homem ☐ Mulher ☐ Transexual ☐ Travesti
☐ Transgênero ☐ Sem gênero definido ☐ Outra _____

03. Data de nascimento: _____/_____/_____

04. Seu estado conjugal atual é:
☐ Solteiro(a) ☐ Casado(a) / Vive com companheiro(a)
☐ Separado(a) / Divorciado(a) ☐ Viúvo(a)

05. Você estudou até o:
☐ Não estudou
☐ Ensino Fundamental I incompleto (não terminou a 4ª série)
☐ Ensino Fundamental I completo (terminou a 4ª série)
☐ Ensino Fundamental II incompleto (não terminou a 8ª série)
☐ Ensino Fundamental II completo (terminou a 8ª série)
☐ Ensino Médio incompleto (não terminou o 3º colegial)
☐ Ensino Médio completo (terminou o 3º colegial)
☐ Faculdade incompleta
☐ Faculdade completa
☐ Pós-Graduação

06. Você tem dificuldades econômicas/financeiras ao chegar no final do mês?
☐ Nunca ☐ Algumas vezes ☐ Muitas vezes ☐ Quase sempre ☐ Sempre

07. Alguma criança mora com você (pode ser seu filho ou não)?
☐ Sim ☐ Não (PASSE PARA A QUESTÃO 09)

08. Informe o número de crianças que moram com você de acordo com a idade (PODE HAVER MAIS DE 1 OPÇÃO)
☐ Menor que 1 ano _____criança (s)
☐ De 1 a 5 anos _____criança (s)
☐ De 6 a 10 anos _____criança (s)
☐ De 11 a 14 anos _____criança (s)

QUESTÕES SOBRE O TRABALHO

09. Você possui algum emprego?
☐ Sim ☐ Sim, mas também sou aposentado(a)
☐ Não (PASSE PARA A QUESTÃO 30) ☐ Não, aposentado(a) (PASSE PARA A QUESTÃO 30)

10. Esse emprego é:
☐ Carteira assinada ☐ Contrato de trabalho temporário
☐ Funcionário(a) público(a) ☐ Autônomo(a)
☐ Outro. Qual? _____

11. Há quanto tempo você trabalha nesse emprego? _____ ANOS _____ MESES

12. Se o seu emprego atual for autônomo, você já teve em sua vida emprego formal (carteira assinada, contrato de trabalho temporário, emprego público)?
☐ Sim ☐ Não

13. Qual o turno que normalmente você trabalha? (PODE MARCAR MAIS DE UMA OPÇÃO)
☐ Manhã (até às 12h) (PASSE PARA A QUESTÃO 16)
☐ Tarde (até às 19h) (PASSE PARA A QUESTÃO 16)
☐ Noite até no máximo às 22:00h ☐ Noite até no máximo às 24:00h
☐ Noite até no máximo às 03:00h ☐ Noite até no máximo às 05:00h
☐ Outro. Qual? _____

14. Quantas noites você trabalha por mês? (noite de trabalho = pelo menos 3 horas de trabalho entre 22:00 e 05:00): _____ noites por mês

15. Qual o principal motivo que o(a) levou a trabalhar à noite?
☐ Imposição do serviço ☐ Para conciliar com outro emprego
☐ Para conciliar com o estudo ☐ Para conciliar com o cuidado da casa e/ou filhos
☐ Porque gosta ☐ Para aumentar os rendimentos
☐ Não sabe / Não lembra ☐ Outro _____

16. Quantas horas em média você trabalha diariamente?
☐ Menos de 6 horas Quantas horas? _____ horas
☐ 6 horas ☐ 7 horas ☐ 8 horas ☐ 9 horas ☐ 10 horas ☐ 11 horas ☐ 12 horas
☐ Mais de 12 horas. Quantas horas? _____ horas

17. Quantos dias por semana em média você trabalha?
☐ Menos de 5 cinco dias. Quantos dias? _____ dias
☐ 5 dias ☐ 6 dias ☐ 7 dias

18. Além deste emprego, você tem mais algum trabalho ou outra atividade que lhe dê rendimento?
☐ Não (PASSE PARA A QUESTÃO 22)
☐ Sim, um outro serviço. Qual? _____

19. Há quanto tempo você trabalha em mais de um local? _____ ANOS _____ MESES

20. Quando você vem para o serviço, você vem direto do outro trabalho?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre

21. Quando você sai do serviço, você vai direto para o outro trabalho?
☐ Nunca ☐ Raramente ☐ Às vezes ☐ Muitas vezes ☐ Sempre

22. Na maior parte das vezes, qual a primeira atividade que você costuma fazer após terminar o trabalho?
☐ Dorme assim que chega em casa ☐ Descansa em casa (sem dormir)
☐ Faz alguma atividade de lazer (ginástica, cinema, etc) ☐ Cuida da casa
☐ Resolve algum assunto (pagamento, comprar coisas, etc) ☐ Vai para outro emprego
☐ Faz uma refeição ☐ Não sabe / não lembra
☐ Outros _____

23. Nos últimos 12 meses, ocorreu algum acidente relacionado ao trabalho (incluindo acidente de trajeto – indo ou voltando do trabalho)?
☐ Sim ☐ Não (PASSE PARA A QUESTÃO 30)

24. Há quanto tempo você estava trabalhando quando ocorreu o acidente? (SE SOFREU VÁRIOS ACIDENTES FAVOR REFERIR-SE AO ÚLTIMO) _____ horas

25. No dia anterior ao acidente o(a) Sr.(a) descansou o suficiente e dormiu bem?
☐ Sim ☐ Não ☐ Não descansei, porque não tive folga no dia anterior ao acidente

26. A que horas ocorreu o acidente? (SE SOFREU VÁRIOS ACIDENTES FAVOR REFERIR-SE AO ÚLTIMO) ____:____horas

27. Este acidente ocasionou: (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)
☐ Danos materiais ☐ Danos pessoais ☐ Danos pessoais com terceiros

28. Qual foi a gravidade desse último acidente?

Danos materiais:	☐ Leve	☐ Moderada	☐ Grave
Danos pessoais:	☐ Leve	☐ Moderada	☐ Grave
Danos pessoais com terceiros:	☐ Leve	☐ Moderada	☐ Grave

29. Devido a esse último acidente o senhor teve que ficar afastado do trabalho?
☐ Não ☐ Sim, _____ dias

QUESTÕES SOBRE SAÚDE

30. Peso atual: _____ kg

31. Estatura: _____ metros

32. Seu peso mudou no último ano?
☐ Não mudou
☐ Diminuiu. Quantos quilos? _____kg ☐ Aumentou. Quantos quilos? _____kg

33. Você se considera do tipo matutino (prefere acordar cedo e tem dificuldade de se manter acordado até muito tarde) ou vespertino (prefere acordar mais tarde e dormir mais tarde)?
☐ Do tipo matutino
☐ Mais matutino que vespertino
☐ Indiferente
☐ Mais vespertino que matutino
☐ Do tipo vespertino

34. Há quanto tempo descobriu o HIV? _____ ANOS _____ MESES

35. Seu peso mudou após ter descoberto o HIV?
☐ Não mudou
☐ Diminuiu. Quantos quilos? _____kg ☐ Aumentou. Quantos quilos? _____kg

36. Você toma medicamento para aids?
☐ Não ☐ Sim. Quanto tempo toma medicamento? _____anos _____meses

37. Se toma medicamento para aids, quais você toma?

☐ Abacavir	☐ Didanosina	☐ Estavudina	☐ Lamivudina	☐ Tenofovir
☐ Zidovudina	☐ Lamivudina/Zidovudina combinado		☐ Efavirenz	☐ Nevirapina
☐ Etravirina	☐ Atazanavir	☐ Darunavir	☐ Fosamprenavir	☐ Indinavir
☐ Lopinavir	☐ Nelfinavir	☐ Ritonavir	☐ Saquinavir	☐ Tipranavir
☐ Enfuvitirda	☐ Raltegravir	☐ Outro. Qual? _____		

_____

(CASO A PESSOA NÃO LEMBRE O NOME DOS MEDICAMENTOS ESSES DEVERÃO SER VERIFICADOS EM SEU PRONTUÁRIO OU PELA RECEITA, SE CASO ESTIVER COM A PESSOA)
38. Há quanto tempo toma esse esquema atual de medicamentos? _____anos _____meses
39. Esse é seu primeiro e único esquema de medicamentos? ☐ Sim ☐ Não. Quantas vezes trocou?_____
40. Faz uso de algum outro medicamento frequentemente (diariamente)? ☐ Não ☐ Sim. Qual o motivo? _____

QUESTÕES SOBRE ESTILO DE VIDA

41. Você fuma? ☐ Sim ☐ Não (PASSE PARA A QUESTÃO 43)
42. Quantos cigarros você fuma por dia? ☐ Menos de 10 ☐ De 11 a 20 ☐ De 21 a 30 ☐ Mais de 31
43. Você consome bebidas alcoólicas? ☐ Não (PASSE PARA A QUESTÃO 54) ☐ Sim
44. Com que frequência você consome bebidas alcoólicas? ☐ Nunca ☐ Mensalmente ou menos ☐ De 2 a 4 vezes por mês ☐ De 2 a 3 vezes por semana ☐ 4 ou mais vezes por semana
45. Quantas doses de bebidas alcoólicas você consome num dia típico quando está bebendo? ☐ 0 ou 1 ☐ 2 ou 3 ☐ 4 ou 5 ☐ 6 ou 7 ☐ 8 ou mais
46. Com que frequência você consome seis ou mais doses de bebidas alcoólicas em uma ocasião? ☐ Nunca ☐ Menos do que uma vez ao mês ☐ Mensalmente ☐ Semanalmente ☐ Todos ou quase todos os dias
47. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você achou que não conseguiria parar de beber uma vez tendo começado? ☐ Nunca ☐ Menos do que uma vez ao mês ☐ Mensalmente ☐ Semanalmente ☐ Todos ou quase todos os dias
48. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você, por causa do álcool, não conseguiu fazer o que era esperado de você? ☐ Nunca ☐ Menos do que uma vez ao mês ☐ Mensalmente ☐ Semanalmente ☐ Todos ou quase todos os dias
49. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você precisou beber pela manhã para se sentir bem após ter bebido muito no dia ou na noite anterior? ☐ Nunca ☐ Menos do que uma vez ao mês ☐ Mensalmente ☐ Semanalmente ☐ Todos ou quase todos os dias
50. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você se sentiu culpado ou com remorso depois de ter bebido? ☐ Nunca ☐ Menos do que uma vez ao mês ☐ Mensalmente ☐ Semanalmente ☐ Todos ou quase todos os dias
51. Quantas vezes ao longo dos últimos 12 meses você foi incapaz de lembrar o que aconteceu devido à bebida? ☐ Nunca ☐ Menos do que uma vez ao mês ☐ Mensalmente ☐ Semanalmente ☐ Todos ou quase todos os dias

52. Você já causou ferimentos ou prejuízos a você mesmo ou a outra pessoa após ter bebido?
☐ Não ☐ Sim, mas não nos últimos 12 meses ☐ Sim, nos últimos 12 meses

53. Algum parente, amigo, médico ou outro profissional da saúde já se preocupou com o fato de você beber ou sugeriu que você parasse?
☐ Não ☐ Sim, mas não nos últimos 12 meses ☐ Sim, nos últimos 12 meses

54. Você faz ou fez uso de alguma outra droga? ☐ Sim, eu faço ☐ Eu já fiz
☐ Não

55. Sem sim, qual(is) (PODE MARCAR MAIS DE UMA RESPOSTA)?
☐ Não quero falar ☐ Cocaína ☐ Crack
☐ Anfetamina ☐ Maconha ☐ Ecstasy
☐ Outra. Qual?_____

QUESTÕES SOBRE ATIVIDADE FÍSICA

Estamos interessados em saber que tipos de atividade física fazem parte do seu dia a dia. As perguntas estão relacionadas ao tempo que você gasta fazendo atividade física em uma semana normal (habitual). Para responder às questões, lembre-se que:

- atividades físicas VIGOROSAS são aquelas que precisam de um grande esforço físico e que fazem respirar muito mais forte que o normal;
- atividades físicas MODERADAS são aquelas que precisam de algum esforço físico e que fazem respirar um pouco mais forte que o normal.

Antes de iniciar essa parte, pergunte se a pessoa faz algum tipo de atividade física regularmente, caso ela responda não, assinale a resposta NENHUM nas questões 56 e 58, e vá para a questão 60.

56. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades VIGOROSAS **por pelo menos 10 minutos seguidos**, como, por exemplo, correr, fazer ginástica/musculação, jogar futebol, pedalar rápido na bicicleta, fazer serviços domésticos pesados em casa, no quintal ou no jardim, carregar pesos elevados ou qualquer atividade que faça você suar bastante ou aumente MUITO sua respiração ou batimentos do coração.
_____Dias por SEMANA
☐ Nenhum (PASSE PARA A QUESTÃO 58)

57. Nos dias em que você faz essas atividades vigorosas **por pelo menos 10 minutos seguidos**, quanto tempo, no total, você gasta fazendo essas atividades **por dia?**
_____ horas/ minutos
☐ Não faço atividades vigorosas

58. Em quantos dias de uma semana normal, você realiza atividades MODERADAS **por pelo menos 10 minutos seguidos**, como, por exemplo, pedalar leve na bicicleta, nadar, dançar, fazer ginástica/musculação leve, jogar vôlei, carregar pesos leves, fazer serviços domésticos em casa, no quintal ou no jardim como varrer, aspirar, ou qualquer atividade que faça você suar leve ou aumente MODERADAMENTE sua respiração ou batimentos do coração **(por favor, não inclua caminhada)**.
_____Dias por SEMANA
☐ Nenhum (PASSE PARA A QUESTÃO 60)

59. Nos dias em que você faz essas atividades moderadas **por pelo menos 10 minutos seguidos**, quanto tempo, no total, você gasta fazendo essas atividades **por dia?**
_____ horas/minutos
☐ Não faço atividades moderada

60. Em quantos dias de uma semana normal, você caminha **por pelo menos 10 minutos seguidos** em casa ou no trabalho, como forma de transporte para ir de um lugar para outro, por lazer, por prazer ou como forma de exercício?
_____Dias por SEMANA
☐ Nenhum (PASSE PARA A QUESTÃO 62)

61. Nos dias em que você caminha **por pelo menos 10 minutos seguidos**, quanto tempo, no total, você gasta caminhando **por dia**?
_____ horas/minutos
☐ Não faço caminhadas

ESCALA DE ATENÇÃO E CONSCIÊNCIA PLENA

Há um conjunto de sentenças abaixo sobre a sua experiência diária. Usando a escala de 1-6, por favor, indique a frequência com que você tem cada experiência atualmente.

1	2	3	4	5	6
Quase sempre	Muito Frequentemente	Relativamente Frequente	Raramente	Muito raramente	Quase nunca

62	Eu poderia experimentar alguma emoção e só tomar consciência dela algum tempo depois.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
63	Eu quebro ou derramo as coisas por falta de cuidado, falta de atenção, ou por estar pensando em outra coisa.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
64	Eu tenho dificuldade de permanecer focado no que está acontecendo no presente.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
65	Eu costumo andar rápido para chegar ao meu destino, sem prestar atenção ao que eu vivencio no caminho.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
66	Eu não costumo notar as sensações de tensão física ou de desconforto até que elas realmente chamem a minha atenção.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
67	Eu esqueço o nome das pessoas quase imediatamente após eu tê-lo ouvido pela primeira vez.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
68	Parece que eu estou “funcionando no piloto automático”, sem muita consciência do que estou fazendo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
69	Eu realizo as atividades de forma apressada, sem estar realmente atento a elas.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
70	Eu fico tão focado no objetivo que quero atingir, que perco a noção do que estou fazendo agora para chegar lá.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
71	Eu realizo trabalhos e tarefas automaticamente, sem estar consciente do que estou fazendo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
72	Eu me percebo ouvindo alguém falar, fazendo outra coisa ao mesmo tempo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
73	Eu dirijo no “piloto automático” e depois penso porque eu fui naquela direção.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
74	Encontro-me preocupado com o futuro ou com o passado.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
75	Eu me pego fazendo coisas sem prestar atenção.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**
76	Eu como sem estar consciente do que estou comendo.	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**

COMO EU GERALMENTE LIDO COMIGO EM MOMENTOS DIFÍCEIS

Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, marque o número que mostra com que frequência você se comporta da forma descrita. Use a escala de 1 até 5 para marcar sua escolha, sendo que 1 corresponde a “quase nunca” (QN), e 5 significa “quase sempre” (QS). Não existem respostas certas ou erradas. Gostaríamos de sua opinião pessoal. Você pode escolher qualquer número de 1 até 5.

1	2	3	4	5
Quase nunca (QN)	Muito raramente (MR)	Raramente (Ra)	Frequentemente (Fr)	Quase sempre (QS)

Por favor, para cada frase, circule a resposta.		**QN**	**MR**	**Ra**	**Fr**	**QS**
77	Sou realmente crítico e severo com meus próprios erros e defeitos.	1	2	3	4	5
78	Quando fico “pra baixo”, não consigo parar de pensar em tudo que está errado comigo.	1	2	3	4	5
79	Quando as coisas vão mal para mim, vejo as dificuldades como parte da vida e que acontecem com todo mundo.	1	2	3	4	5
80	Quando penso nos meus defeitos, eu me sinto realmente isolado do resto do mundo.	1	2	3	4	5
81	Tento ser amável comigo quando me sinto emocionalmente mal.	1	2	3	4	5
82	Quando eu falho em algo importante para mim, fico totalmente consumido por sentimentos de incompetência.	1	2	3	4	5
83	Quando me sinto realmente mal, lembro que há outras pessoas no mundo se sentindo como eu.	1	2	3	4	5
84	Quando as coisas estão realmente difíceis, costumo ser duro comigo mesmo.	1	2	3	4	5
85	Quando algo me deixa aborrecido, tento buscar equilíbrio emocional.	1	2	3	4	5
86	Quando percebo que fui inadequado, tento lembrar que a maioria das pessoas também passa por isso.	1	2	3	4	5
87	Sou intolerante e impaciente com os aspectos de que não gosto na minha personalidade.	1	2	3	4	5
88	Quando estou passando por um momento realmente difícil, eu me dou o apoio e o cuidado de que preciso.	1	2	3	4	5
89	Quando fico “pra baixo”, sinto que a maioria das pessoas é mais feliz do que eu.	1	2	3	4	5
90	Quando algo doloroso acontece, tento ver a situação de forma equilibrada.	1	2	3	4	5
91	Tento entender meus defeitos como parte da condição humana.	1	2	3	4	5
92	Quando vejo características que eu não gosto em mim, sou duro comigo mesmo.	1	2	3	4	5
93	Quando eu falho em algo importante para mim, tento ver as coisas por outro ângulo.	1	2	3	4	5
Por favor, para cada frase, circule a resposta.		**QN**	**MR**	**Ra**	**Fr**	**QS**

94	Quando passo por dificuldades emocionais, costumo pensar que as coisas são mais fáceis para as outras pessoas.	1	2	3	4	5
95	Sou bondoso comigo quando estou passando por algum sofrimento.	1	2	3	4	5
96	Quando algo me deixa incomodado, sou completamente tomado por sentimentos negativos.	1	2	3	4	5
97	Costumo ser um pouco insensível comigo quando estou sofrendo.	1	2	3	4	5
98	Quando fico “pra baixo”, tento aceitar e entender meus sentimentos.	1	2	3	4	5
99	Sou tolerante com meus próprios erros e defeitos.	1	2	3	4	5
100	Quando algo doloroso acontece comigo, costumo reagir de forma exagerada.	1	2	3	4	5
101	Quando eu falho em algo importante para mim, costumo me sentir muito sozinho nessa situação.	1	2	3	4	5
102	Tento ser compreensivo e paciente com os aspectos da minha personalidade dos quais não gosto.	1	2	3	4	5

INVENTÁRIO DE BEM-ESTAR SUBJETIVO

Este é **um questionário sobre como você se sente em relação a alguns aspectos da sua vida.**

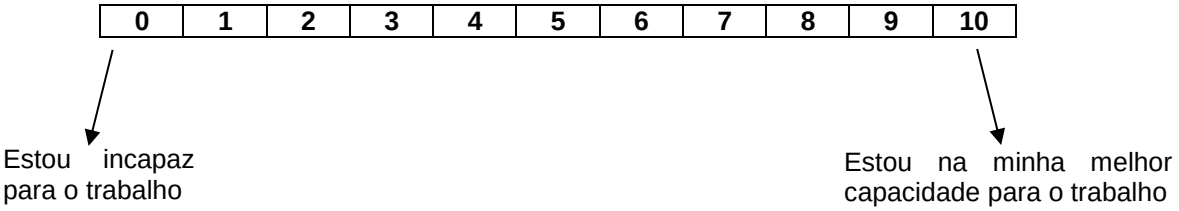
Cada pergunta pode ser respondida por qualquer uma das categorias colocando um círculo ao redor do número que represente seus sentimentos da melhor forma. Por exemplo, na primeira questão, se você acha que a sua vida é muito interessante, por favor coloque um circulo ao redor na resposta “1”.

Algumas vezes, você poderá achar que o que você pensa não corresponde perfeitamente a nenhuma das categorias citadas para respostas. Nesses casos, escolha a resposta que mais se aproxima do que você pensa.

103	Você acha que sua vida é interessante?	muito 1	mais ou menos 2	pouco 3
104	Como você se sente quanto ao que conseguiu realizar e vai continuar realizando?	muito bem 1	mais ou menos bem 2	não tão bem 3
105	Você normalmente realiza aquilo que quer?	a maior parte do tempo 1	às vezes 2	quase nunca 3
106	Comparando com o passado, você acha que a sua vida é:	muito feliz 1	mais ou menos feliz 2	não muito feliz 3
107	Você experimenta às vezes momentos de alegria intensa?	frequentemente 1	às vezes 2	raramente 3
108	Você experimenta às vezes sensação de fazer parte da humanidade como se fosse uma grande família?	frequentemente 1	às vezes 2	raramente 3

ÍNDICE DE CAPACIDADE PARA O TRABALHO

109. Suponha que a sua melhor capacidade para o trabalho tem um valor igual a 10 pontos. Assinale com X um número na escala de zero a dez, quantos pontos você daria para sua capacidade de trabalho atual.



110. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências físicas do seu trabalho? (por exemplo, fazer esforço físico com partes do corpo)
☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Moderada ☐ Baixa ☐ Muito baixa

111. Como você classificaria sua capacidade atual para o trabalho em relação às exigências mentais de seu trabalho? (por exemplo, interpretar fatos, resolver problemas, decidir a melhor forma de fazer)
☐ Muito boa ☐ Boa ☐ Moderada ☐ Baixa ☐ Muito baixa

112. Sua lesão ou doença é um impedimento para seu trabalho atual? (você pode marcar mais de uma resposta nesta pergunta)
☐ Não há impedimento / eu não tenho doenças
☐ Eu sou capaz de fazer meu trabalho, mas ele me causa alguns sintomas
☐ Algumas vezes preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
☐ Frequentemente preciso diminuir meu ritmo de trabalho ou mudar meus métodos de trabalho
☐ Por causa de minha doença sinto-me capaz de trabalhar apenas em tempo parcial
☐ Na minha opinião estou totalmente incapacitado para trabalhar

113. Quantos dias inteiros você esteve fora do trabalho devido a problema de saúde, consulta médica ou para fazer exame durante os últimos doze meses?
☐ Nenhum
☐ Até 9 dias
☐ De 10 a 24 dias
☐ De 25 a 99 dias
☐ De 100 a 365 dias

114. Considerando sua saúde, você acha que será capaz de daqui a 2 anos fazer seu trabalho atual?
☐ É improvável ☐ Não estou muito certo ☐ Bastante provável

115. Recentemente você tem conseguido apreciar suas atividades diárias?
☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

116. Recentemente você tem-se sentido ativo e alerta?
☐ Sempre ☐ Quase sempre ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

117. Recentemente você tem se sentido cheio de esperança para o futuro?
☐ Continuamente ☐ Quase sempre ☐ Às vezes ☐ Raramente ☐ Nunca

NA PERGUNTA A SEGUIR (118), O PESQUISADOR DEVE PRIMEIRAMENTE PERGUNTAR SE A PESSOA POSSUI ALGUMA DOENÇA, SEJA PORQUE ELA ACHA QUE TEM OU DIAGNOSTICADA PELO MÉDICO. CASO ELA DIGA QUE SIM, PERGUNTE QUAL(IS) E ASSINALE NAS OPÇÕES ABAIXO:

118. Na sua opinião, quais das lesões por acidentes ou doenças, citadas abaixo, você possui atualmente. Marque também aquelas que foram confirmadas pelo médico que você possui atualmente.

		Em minha opinião	Diagnóstico médico
1	Lesão nas costas		
2	Lesão nos braços / mãos		
3	Lesão nas pernas / pés		
4	Lesão em outras partes do corpo. Onde? Que tipo de lesão? _____		
5	Doença da parte superior das costas ou região do pescoço, com dores frequentes.		
6	Doença na parte inferior das costas com dores frequentes		
7	Dor nas costas que se irradia para perna (ciática)		
8	Doença musculoesquelética afetando os membros (braços e pernas) com dores frequentes		
9	Artrite reumatóide		
10	Outra doença musculoesquelética. Qual? _____		
11	Hipertensão arterial (pressão alta)		
12	Doença coronariana, dor no peito durante exercício (angina pectoris)		
13	Infarto do miocárdio, trombose coronariana		
14	Insuficiência cardíaca		
15	Outra doença cardiovascular. Qual? _____		
16	Infecções repetidas do trato respiratório (incluindo sinusite aguda, amigdalite, bronquite aguda)		
17	Bronquite crônica		
18	Sinusite crônica		
19	Asma		
20	Enfisema		
21	Tuberculose pulmonar		
22	Outra doença respiratória. Qual? _____		
23	Distúrbio emocional severo (exemplo, depressão severa)		
24	Distúrbio emocional leve (exemplo, depressão leve, tensão, ansiedade, insônia)		
25	Problema ou diminuição da audição		
26	Doença ou lesão da visão (não assinale se apenas usa óculos e/ou lentes de contato de grau)		
27	Doença neurológica (acidente vascular cerebral ou “derrame”, neuralgia, enxaqueca, epilepsia)		
28	Outra doença neurológica ou dos órgãos dos sentidos. Qual? _____		
29	Pedras ou doenças da vesícula biliar		
30	Doença do pâncreas ou do fígado		
31	Úlcera gástrica ou duodenal		
32	Gastrite ou irritação duodenal		
33	Colite ou irritação do cólon		
34	Outra doença digestiva. Qual? _____		
35	Infecção das vias urinárias		
36	Doença dos rins		
37	Doença dos genitais e aparelho reprodutor (exemplo, problema nas trompas ou ovários, ou na próstata)		
38	Outra doença geniturinária. Qual? _____		
39	Alergia, eczema		
40	Outra erupção. Qual? _____		
41	Outra doença na pele. Qual? _____		
42	Tumor benigno		
43	Tumor maligno (câncer). Onde? _____		
44	Obesidade		
45	Diabetes		
46	Bócio ou outra doença da tireóide		
47	Outra doença endócrina ou metabólica. Qual? _____		
48	Anemia		
49	Outra doença do sangue. Qual? _____		
50	Defeito de nascimento. Qual? _____		
51	Outro problema ou doença. Qual? _____		

QUESTIONÁRIO DE NECESSIDADE DE RECUPERAÇÃO APÓS O TRABALHO

119	Eu acho difícil relaxar no fim de um dia de trabalho: ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
120	Ao fim do dia de trabalho eu me sinto realmente acabado(a): ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
121	Por causa do meu trabalho, ao fim do dia eu me sinto muito cansado(a): ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
122	Após um dia de trabalho, eu me sinto bem disposto(a): ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
123	Eu preciso de mais de um dia de folga do trabalho para começar a me sentir relaxado(a): ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
124	Eu acho difícil prestar atenção ou meu concentrar durante meu tempo livre depois de um dia de trabalho: ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
125	Eu acho difícil me interessar por outras pessoas assim que eu chego do trabalho: ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
126	Eu preciso de mais de uma hora para me sentir completamente descansado(o) depois de um dia de trabalho: ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
127	Quando eu chego em casa após o trabalho eu preciso ser deixado em paz por um tempo: ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
128	Depois de um dia de trabalho eu me sinto tão cansado(a) que não consigo fazer outras atividades: ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre
129	Na última parte do meu dia de trabalho, o cansaço me impede de fazer meu trabalho tão bem quanto eu normalmente faria se não estivesse cansado(a): ☐ Nunca ☐ Algumas ☐ Frequentemente ☐ Sempre

QUESTIONÁRIO DE SONO

Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, marque o número que mostra com que frequência você vivenciou a situação descrita nos **últimos 6 meses**.

0	1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes por mês	1-2 vezes por semana	3-4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana

Você vivenciou alguma das situações seguintes nos últimos 6 meses?

130	Dificuldades para adormecer	0	1	2	3	4	5
131	Acordou diversas vezes e teve dificuldades para dormir	0	1	2	3	4	5
132	Acordou antes do necessário (despertar precoce)	0	1	2	3	4	5
133	Sono agitado / perturbado	0	1	2	3	4	5
134	Dificuldades para acordar	0	1	2	3	4	5
135	Sensação de estar exausto ao acordar	0	1	2	3	4	5

0	1	2	3	4	5
Nunca	Raramente	Algumas vezes por mês	1-2 vezes por semana	3-4 vezes por semana	5 ou mais vezes por semana

Você vivenciou alguma das situações seguintes nos últimos 6 meses?

136	Roncou alto (de acordo com outras pessoas)	0	1	2	3	4	5
137	Dificuldade para respirar durante o sono (de acordo com outras pessoas)	0	1	2	3	4	5
138	Parada respiratória durante o sono (de acordo com outras pessoas)	0	1	2	3	4	5
139	Sentiu-se cansado quando acordou	0	1	2	3	4	5
140	Cansado/sonolento durante o trabalho ou no período de lazer	0	1	2	3	4	5
141	Períodos de sono não intencionais (cochilos) durante o trabalho	0	1	2	3	4	5
142	Períodos de sono não intencionais (cochilos) durante o lazer	0	1	2	3	4	5
143	Teve que lutar contra o sono a fim de permanecer acordado	0	1	2	3	4	5
144	Olhos irritados e pesados	0	1	2	3	4	5
145	Sono insuficiente	0	1	2	3	4	5
146	Pesadelos	0	1	2	3	4	5

ÍNDICE DE QUALIDADE DO SONO

147. Durante o **mês passado**, a que horas você foi dormir na maioria das vezes?

HORÁRIO DE DORMIR NOS DIAS DE **TRABALHO**: _____:_____
HORÁRIO DE DORMIR NOS DIAS DE **FOLGA**: _____:_____

148. Durante o **mês passado**, quanto tempo (em minutos) você demorou para pegar no sono, na maioria das vezes?
QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO NOS DIAS DE **TRABALHO**: _____
QUANTOS MINUTOS DEMOROU PARA PEGAR NO SONO NOS DIAS DE **FOLGA**: _____

149. Durante o **mês passado**, a que horas você acordou na maioria das vezes?

HORÁRIO DE ACORDAR NOS DIAS DE **TRABALHO**:_____:_____
HORÁRIO DE ACORDAR NOS DIAS DE **FOLGA**:_____:_____

150. Durante o **mês passado**, quantas horas de sono você dormiu? (pode ser diferente do número de horas que você ficou na cama)

HORAS DE SONO NOS DIAS DE **TRABALHO**: _____
HORAS DE SONO NOS DIAS DE **FOLGA**: _____

Para cada uma das questões seguintes escolha uma única resposta, que você ache mais correta. Por favor, responda a todas as questões.

Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

151. Demorar mais de 30 minutos para pegar no sono:
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

Durante o mês passado, quantas vezes você teve problemas para dormir por causa de:

152. Acordar no meio da noite ou de manhã muito cedo:
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

153. Levantar-se para ir ao banheiro:
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

154. Ter dificuldade para respirar:
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

155. Tossir ou roncar muito alto:
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

156. Sentir muito frio
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

157. Sentir muito calor
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

158. Ter sonhos ruins ou pesadelos
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

159. Sentir dores
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

160. Outra razão, por favor, descreva: _____
160.1. Quantas vezes você teve problemas para dormir por esta razão, durante o mês passado?
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

161. Durante o mês passado, como você classificaria a qualidade do seu sono?
(0) Muito boa (1) Boa
(2) Ruim (3) Muito ruim

162. Durante o mês passado, você tomou algum remédio para dormir, receitado pelo médico, ou indicado por outra pessoa (farmacêutico, amigo, familiar) ou mesmo por sua conta?
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais
162.1 Qual(is)? _____

163. Durante o mês passado, se você teve problemas para ficar acordado enquanto estava dirigindo, fazendo suas refeições ou participando de qualquer outra atividade social, quantas vezes isso aconteceu?
(0) Nenhuma vez (1) Menos de uma vez por semana
(2) Uma ou duas vezes por semana (3) Três vezes por semana ou mais

164. Durante o mês passado, você sentiu indisposição ou falta de entusiasmo para realizar suas atividades diárias?
(0) Nenhuma indisposição nem falta de entusiasmo (1) Indisposição e falta de entusiasmo pequenas
(2) Indisposição e falta de entusiasmo moderadas (3) Muita indisposição e falta de entusiasmo

165. Para você, o sono é:
☐ Um prazer ☐ Uma necessidade ☐ Outro – Qual? _____
166. Você cochila?
☐ Sim ☐ Não (PASSE PARA A QUESTÃO 169)

167. Caso sim, você cochila intencionalmente, ou seja, por que quer cochilar? ☐ Não ☐ Sim
168. Para você, cochilar é: ☐ Um prazer ☐ Uma necessidade ☐ Outro – Qual? _____

QUESTIONÁRIO DE DISTÚRBIO PSÍQUICO MENOR

Assinale Sim ou Não nas perguntas abaixo:		Não	Sim
169	Você tem dores de cabeça frequentes?	☐	☐
170	Você tem falta de apetite?	☐	☐
171	Você dorme mal?	☐	☐
172	Você assusta-se com facilidade?	☐	☐
173	Você tem tremores nas mãos?	☐	☐
174	Você sente-se nervoso(a), tenso(a) ou preocupado(a)?	☐	☐
175	Você tem má digestão?	☐	☐
176	Você tem sensações desagradáveis no estômago?	☐	☐
177	Você tem dificuldade de pensar com clareza?	☐	☐
178	Você tem se sentido triste ultimamente?	☐	☐
179	Você tem chorado mais do que de costume?	☐	☐
180	Você encontra dificuldades para realizar com satisfação suas atividades diárias?	☐	☐
181	Você tem dificuldades para tomar decisões?	☐	☐
182	Você tem dificuldades no serviço (seu trabalho é penoso, lhe causa sofrimento)?	☐	☐
183	Você é incapaz de desempenhar um papel útil em sua vida?	☐	☐
184	Você tem perdido o interesse pelas coisas?	☐	☐
185	Você se sente uma pessoa inútil, sem préstimo?	☐	☐
186	Você tem tido a idéia de acabar com a vida?	☐	☐
187	Você sente-se cansado o tempo todo?	☐	☐
188	Você se cansa com facilidade?	☐	☐

QUESTIONÁRIO DE INJUSTIÇA PERCEBIDA

Por favor, leia com cuidado antes de responder. Para cada frase, circule a resposta que melhor descreva a frequência que você tem ou experimenta esses pensamentos e sentimentos, enquanto você está pensando sobre a sua injúria.

0	1	2	3	4
Nunca	Raramente	Algumas vezes	Frequentemente	Todo o tempo

189	A maioria das pessoas não entende o quão severa é a minha condição.	0	1	2	3	4
190	Minha vida nunca mais será a mesma.	0	1	2	3	4
191	Eu estou sofrendo porque outra pessoa foi negligente.	0	1	2	3	4
192	Nenhuma pessoa deveria ter que viver dessa maneira.	0	1	2	3	4
193	A única coisa que eu gostaria, é ter minha vida de volta.	0	1	2	3	4
194	Eu sinto que isso me tem afetado de maneira permanente.	0	1	2	3	4
195	Tudo isso me parece realmente muito injusto.	0	1	2	3	4
196	Me preocupa que a minha condição não está sendo levada a sério.	0	1	2	3	4
197	Nada chegará perto de tudo que eu tenho passado.	0	1	2	3	4
198	Eu sinto como se algo precioso tivesse sido roubado de mim.	0	1	2	3	4
199	Eu tenho sido afetado por medos que não imaginaria nem em sonhos.	0	1	2	3	4
200	Eu não posso acreditar que isso está acontecendo comigo.	0	1	2	3	4

OBRIGADA!

Anexo 3 – Termo de consentimento livre e esclarecido

I – DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA

Dados de Identificação
Iniciais do Nome: .....
Sexo de nascimento: ( ) M ( ) F

II – DADOS SOBRE A PESQUISA

Título do Protocolo de Pesquisa: Ciclo vigília-sono e qualidade do sono em pessoas vivendo com HIV/Aids: uma intervenção de atenção plena (Mindfulnness)

Pesquisador responsável: Elaine Cristina Marqueze
Documento de Identidade Nº : 3.415.216 Sexo: ( ) M (X) F
Cargo/Função: Professora Assistente do Programa de Mestrado e Doutorado em Saúde Coletiva da Universidade Católica de Santos/UniSantos
Avaliação de Risco da Pesquisa
( ) Sem Risco (X) Risco Mínimo ( ) Risco Médio
( ) Risco Baixo ( ) Risco Maior

Duração da Pesquisa: 36 meses

III – REGISTRO DAS EXPLICAÇÕES DA PESQUISADORA AO SUJEITO DA PESQUISA, CONSIGNANDO:

Estamos convidando você a participar de uma pesquisa que será realizada no Centro de Referência em Aids em Santos, com pessoas com HIV/Aids e que estão em uso de antirretrovirais com 18 anos de idade ou mais.
O objetivo principal deste estudo é conhecer a qualidade de seu sono e verificar os efeitos de uma atividade baseada em uma técnica de meditação (mindfulness) naqueles identificados com má qualidade de sono. As informações produzidas por esta pesquisa serão utilizadas para ajudar na elaboração de programas de saúde que visam melhorar a saúde e consequentemente a qualidade de vida destas pessoas.
Sua participação consiste em responder a um questionário que será realizado por um entrevistador de nossa equipe de pesquisa. Algumas das pessoas que responderem a este questionário serão convidadas posteriormente para participarem do grupo de atividade meditativa com um dos pesquisadores deste estudo qualificado para aplicação desta técnica. O objetivo principal da segunda parte da pesquisa é verificar se há melhora da qualidade do sono das pessoas praticantes da meditação (mindfulness).
Será garantido o total sigilo das informações que você fornecer, assim como seu anonimato. Seu nome não será divulgado em nenhum momento da pesquisa.
A sua participação nesta pesquisa oferece riscos mínimos de desconforto emocional, ou seja, talvez algum incômodo por responder o questionário. No entanto, ressaltamos que você tem o direito de deixar de responder a essas

questões e pode parar de participar do estudo a qualquer momento, se assim quiser. Caso deseje, também poderemos lhe encaminhar ao serviço de atendimento do CRAIDS para aconselhamento. Ressaltamos-se que nossos entrevistadores foram treinados para acolhê-lo, e discutir suas dúvidas durante a sua participação.
O benefício de sua participação no estudo será conhecer a qualidade de seu sono e conseguir identificar possíveis problemas relativos a este tema que podem interferir em sua capacidade para o desenvolvimento de atividades diárias.
Sua participação é voluntária e você pode interromper a entrevista, mesmo depois de ter concordado em participar. Você tem liberdade para não responder a qualquer pergunta do questionário. A equipe de pesquisa somente voltará a contatá-la(o) se for necessário completar informações fornecidas anteriormente e com sua autorização.

Ressaltamos que, caso seja necessário, você será receberá auxilio transporte e alimentação para participação da pesquisa em qualquer uma das fases.

O referido projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da Universidade Católica de Santos (UniSantos) e da Secretária de Saúde de Santos – Programa Municipal de DST/AIDS.

Você poderá entrar em contato em caso de dúvidas ou denúncias éticas ao Comitê de Ética em Pesquisa da UniSantos pelo telefone 3205-5555 – ramal 1254 ou pelo telefone 3229-8799 para falar com Coordenadora do Programa de Aids de Santos – Dr. Regina Lacerda.

Desejo ser contatado através de:
[ ] Correio eletrônico: _____
[ ] Telefone celular: _____
[ ] Telefone fixo: _____
[ ] Outros. Indicar o modo de contato: _____
[ ] Não desejo ser contatado para futuras pesquisas.

IV – ESCLARECIMENTOS DADOS PELO PESQUISADOR SOBRE GARANTIAS DO SUJEITO DA PESQUISA

A qualquer momento o participante dessa pesquisa poderá fazer perguntas sobre os riscos e o que será realizado na pesquisa;
A qualquer momento o participante da pesquisa poderá retirar seu consentimento e deixar de participar do estudo, sem nenhum prejuízo;
Os resultados de cada participante serão confidenciais, somente os pesquisadores envolvidos terão acesso aos resultados individuais. Caso o participante tenha interesse, poderá conhecer o resultado de sua avaliação individualmente.
Os resultados da pesquisa do coletivo serão apresentados em um encontro a ser marcado com todos os envolvidos no projeto ao término do mesmo.

V – CONTATOS

Nome: ELAINE CRISTINA MARQUEZE
Telefone: 11 98758-6384 / 13 3205-5555 (ramal 1394)
E-mail: elaine.marqueze@unisantos.br
Endereço: AV. CONSELHEIRO NÉBIAS Nº: 300 – PROGRAMA DE MESTRADO E DOUTORADO EM SAÚDE COLETIVA – UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS / UNISANTOS
Bairro: VILA MATIAS Cidade: SANTOS CEP: 11.015-002

VI – CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente Protocolo de Pesquisa.

Santos, _____ de _____ de _____.

Nome do participante (letra de forma)	**Pesquisadora Responsável**
_____	**Elaine Cristina Marqueze**
Assinatura do sujeito de pesquisa	**Assinatura da pesquisadora**
_____	_____

Anexo 4 – Aprovação do comitê de ética em pesquisa

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Ciclo vigília-sono e qualidade do sono em pessoas vivendo com HIV/Aids: uma intervenção de atenção plena (Mindfulnness)

Pesquisador: ELAINE CRISTINA MARQUEZE

Área Temática:

Versão: 3

CAAE: 44466715.5.0000.5536

Instituição Proponente: Universidade Católica de Santos - UNISANTOS

Patrocinador Principal: MINISTERIO DA CIENCIA, TECNOLOGIA E INOVACAO

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.237.142

Apresentação do Projeto:

Este projeto trata de uma pesquisa que pretende analisar os distúrbios do sono em pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar o ciclo vigília-sono e a qualidade de sono em pessoas vivendo com HIV/AIDS e em tratamento com antirretrovirais pelo Centro de Referência em AIDS (CRAIDS) do município de Santos/SP, e verificar os efeitos de uma intervenção baseada em mindfulness naqueles identificados com má qualidade de sono, a partir de um estudo de intervenção controlado e randomizado.

Objetivo Secundário:

- Descrever o perfil das pessoas vivendo com HIV/Aids em relação aos dados sociodemográficos, características de trabalho, saúde, estilo de vida e de sono;
- Avaliar o nível de mindfulness, a auto-compaixão, a injustiça percebida, o bem estar subjetivo, a capacidade para o trabalho, a necessidade de recuperação após o trabalho, problemas na qualidade do sono, problemas para acordar, sonolência e qualidade do sono.

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3205-5555 **Fax:** (13)3228-1243 **E-mail:** comet@unisantos.br

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Em relação aos riscos a pesquisadora informa que os riscos serão mínimos, conforme indicado nos TCLE 1 e TCLE 2.

Os benefícios informados são:

A contribuição científica deste estudo está em apresentar quais os efeitos do mindfulness sobre o ciclo vigília-sono e a qualidade do sono após um estudo experimental em situação real de vida, apresentando evidências novas uma vez que nunca foi realizado estudo semelhante no meio científico. Os resultados obtidos neste estudo poderão ser utilizados para o estabelecimento de ações estratégicas de saúde pública, especificamente sobre ações de intervenção para melhoria dos padrões de sono de pessoas vivendo com HIV/Aids na Atenção Primária de Saúde e na Rede Especializada em DST/Aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa será realizada em duas fases, sendo que a primeira fase servirá para o levantamento da amostra para a segunda fase. Os procedimentos para o levantamento dos dados foram apresentados de forma clara e detalhada, identificando o local e a equipe que fará a coleta das informações. Foram apresentados os critérios de inclusão e exclusão, bem como o desfecho primário e secundário do estudo.

Metodologia de Análise de Dados:

A metodologia proposta para a análise dos dados é clara.

Em relação ao número de participantes da pesquisa, os pesquisadores informam em Carta ao Coordenador do CEP/Unisantos que:

" Sobre o questionamento do número de participantes da pesquisa, informamos que a própria plataforma soma os sujeitos participantes na primeira fase (322) com os sujeitos participantes da segunda fase (122). Não nos deixando alternativa para mudança."

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

A folha de rosto identifica o pesquisador responsável (telefone, email e cargo) e a instituição proponente (CNPJ, telefone, responsável, cargo/função).

Foi apresentado o parecer da instituição co-participante autorizando a realização da pesquisa.

O item III do TCLE 1 e TCLE 2 apresenta o tipo de risco mínimo ao sujeito da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012.

1 Os procedimentos para a coleta dos dados foi apresentada detalhadamente (equipe e local);

2. Foi apresentado o TCLE com informações sobre a pesquisa, registro das explicações da pesquisadora ao sujeito da pesquisa, esclarecimentos dados pelo pesquisador sobre as garantias do sujeito da pesquisa e os contatos;

3. Foi apresentado o documento de autorização da instituição co-participante.

4. Foi detalhado o tipo de risco mínimo ao sujeito da pesquisa, de acordo com a Resolução 466/2012 nos TCLE 1 e 2.

5. Em relação ao número de participantes da pesquisa, foi encaminhado Carta ao Coordenador do CEP/Unisantos.

6. O TCLE 2 aponta no item III, parágrafo 6, o método da avaliação adotada para o sujeito da pesquisa.

Recomendações:

Nenhuma recomendação a fazer.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Todas as considerações apresentadas pelo relator foram atendidas.

Considerações Finais a critério do CEP:

Cumprindo com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde, o projeto de pesquisa foi analisado por um relator e em reunião, ocorrida em 15 de setembro de 2015, foi considerado aprovado.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Outros	Formulário Ipeci.pdf	24/04/2015 16:12:27		Aceito
Outros	Autorização Pesquisa SMS Santos.pdf	24/04/2015 16:38:42		Aceito
Folha de Rosto	Folha de rosto CEP.pdf	28/04/2015 11:30:57		Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_1 Modificado 300615.docx	30/06/2015 21:10:07		Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto Ciclo vigília-sono e qualidade do sono em pessoas vivendo com HIV-Aids - CEP-2 - 300615.docx	30/06/2015 21:21:52		Aceito

UNIVERSIDADE CATÓLICA DE SANTOS - UNISANTOS

Continuação do Parecer: 1.237.142

TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_2_Modificado_300815.docx	30/08/2015 15:06:31	ELAINE CRISTINA MARQUEZE	Aceit
Outros	Carta_resposta_CEP_300815.docx	30/08/2015 15:11:19	ELAINE CRISTINA MARQUEZE	Aceit
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_504454.pdf	30/08/2015 15:12:50		Aceit

Situação do Parecer:
Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

SANTOS, 21 de Setembro de 2015

Assinado por:
Cezar Henrique de Azevedo
(Coordenador)

Endereço: Av. Conselheiro Nébias, nº 300
Bairro: Vila Mathias **CEP:** 11.015-002
UF: SP **Município:** SANTOS
Telefone: (13)3205-5555 **Fax:** (13)3228-1243 **E-mail:** comet@unisantos.br