UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

RAFAELE OLIVEIRA BONFIM

**Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfecção
HIV/Hepatite B e HIV/Hepatite C: revisão integrativa**

RIBEIRÃO PRETO
2020

RAFAELE OLIVEIRA BONFIM

**Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção
HIV/Hepatite B e HIV/Hepatite C: revisão integrativa**

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de
Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para
obtenção do título de Mestre em Ciências

Área de concentração: Enfermagem em Saúde
Pública

Orientadora: Prof^a Dr^a Aline Aparecida Monroe

RIBEIRÃO PRETO
2020

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e pesquisa, desde que citada a fonte.

Bonfim, Rafaelle Oliveira

Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfecção HIV/Hepatite B e HIV/Hepatite C: revisão integrativa. Ribeirão Preto, 2020.

107 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem em Saúde Pública.

Orientador: Profª Drª Aline Aparecida Monroe

1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida /HIV. 2. Hepatite B. 3.Hepatite C. 4.Qualidade de Vida. 5.Coinfecção.

BONFIM, Rafaela Oliveira

Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite B e HIV/Hepatite C: revisão integrativa

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem em Saúde Pública.

Aprovada em/...../.....

Banca Examinadora

Orientador: Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Dedicatória

*A todas as pessoas que vivem com HIV e coinfecções e que lutam
diariamente contra estigmas, desinformação e pelo direito à
saúde.*

*Aos meus pais Raimunda Félix de Oliveira e Wilson Bonfim Abreu
que estiveram comigo em toda minha caminhada.*

*A Eduardo Oliveira Bonfim Soares, que com tão pouca idade foi
apoíador e companheiro em todos os momentos.*

Obrigada, filho amado.

Agradecimentos Especiais

À Profª Drª Aline Aparecida Monroe, por ter me recebido em Ribeirão Preto, aberto as portas no Grupo de Estudos Operacionais em HIV/aíds de maneira grandemente acolhedora. Obrigada por me trazer conhecimento com tanta leveza, por acreditar em mim - você foi a calma que eu precisava para seguir adiante.

À Profª Drª Nathalia Halax Orfão, pela confiança, por ter me ensinado a amar a pesquisa. Agradeço-te pelos desafios desde a iniciação científica, pelo companheirismo e amizade.

À Drª Rubia Laine de Paula Andrade, por compartilhar diariamente conhecimento, por me mostrar como melhorar todas as vezes que precisei. Você foi muito importante em todo o meu processo de desenvolvimento pessoal e deste projeto. Obrigada.

Agradecimentos

A Deus, por me permitir esta caminhada e me mostrar o quão forte podemos ser quando temos fé.

A minha amada família por me apoiar a seguir com os estudos.

A todos do GEOHAíds, pelo suporte nesses dois anos de caminhada. Obrigada Aline, Rubia, Nanci, Pedro, Glauber, Ana Luíza, Cassiara, Érika, Livia, Mariana e Tiemi por todo carinho e conhecimento compartilhado e por enraizarem ainda mais em mim o espírito de equipe.

Aos meus queridos amigos de pós-graduação Paulo Vitor, Luiz, Francine e Fernanda pelo companheirismo, parceria, risadas, aprendizado e discussões sobre saúde pública.

A Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto por me propiciar o convívio com professores, pesquisadores e equipe técnica que foram fundamentais nessa jornada que é a pós-graduação em um lugar que me era tão distante nos tempos de graduação. Obrigada a todos os funcionários.

Aos meus queridos amigos Sarah Carolina, Claudio Zarco, Melisane e Bruno por todo carinho e dedicação a mim nesses dois anos de árdua caminhada, vocês foram essenciais.

A Coordenação de Saúde do Sesc Rondônia pelo apoio na continuidade do meu mestrado.

Ao Serviço de Assistência Especializada do Município de Porto Velho que mesmo diante de tantas dificuldades me recebeu de braços abertos, obrigada a todos da equipe SAE -PVH.

O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

RESUMO

BONFIM, R. O. **Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfecção HIV/Hepatite B e HIV/Hepatite C: revisão integrativa**. 2020. 107f. Dissertação (Mestrado em Ciências) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Objetivo: identificar e sintetizar o conhecimento científico produzido a respeito da qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfecção HIV/hepatite B (Fase 1) e HIV/hepatite C (Fase 2). **Métodos:** Trata-se de uma revisão integrativa norteada pelas perguntas: “Como é a qualidade de vida de pessoas que vivem com coinfecção HIV/aids e hepatite B?” e “Como é a qualidade de vida de pessoas que vivem com coinfecção HIV/aids e hepatite C?”. Empregou-se a estratégia PECO para a seleção de descritores nos idiomas português, inglês e espanhol, permitindo a busca bibliográfica nas bases de dados EMBASE, SCOPUS, PUBMED, CINAHL, Academic Search Premier, SocINDEX e LILACS. Identificaram-se 1.243 publicações, 551 foram excluídas por duplicidade, 687 após leitura de títulos e resumos e duas após leitura na íntegra, sendo incluídos três artigos na Fase 1. Na fase 2, 1.043 publicações foram identificadas, das quais 214 foram excluídas por duplicidade, 795 após a leitura de títulos e resumos e 19 após leitura na íntegra, sendo incluídos 15 artigos nesta revisão. **Resultados:** A qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/hepatite B foi avaliada por meio de diferentes instrumentos, impedindo uma síntese quantitativa de seus resultados. Em dois estudos, escores próximos a 50 (dentro de um intervalo de zero a 100) foram encontrados em relação aos componentes físico e mental. Outro estudo mostrou escores também próximos a 50 nas dimensões funcionamento físico e sentimentos subjetivos. A qualidade de vida das pessoas com coinfecção HIV/hepatite B não difere das pessoas monoinfectadas pelo HIV e das coinfectadas pelo HIV/Hepatite C, no entanto, é pior longo do tempo. Nos estudos relacionados à qualidade de vida das pessoas coinfectadas pelo HIV/hepatite C, 13 escalas foram utilizadas, sendo que todos os estudos (100%) avaliavam aspectos mentais, 11 (84,6%) avaliavam aspectos físicos, 11 (84,6%) aspectos sociais, 8 (61,5%) dor e 5 (38,5%) percepção geral da saúde. Nestes estudos, os domínios físicos e mentais foram os mais afetados. Quando comparadas às pessoas monoinfectadas pelo HIV ou hepatite C, as pessoas coinfectadas pelo HIV/hepatite C também apresentaram pior qualidade de vida. **Conclusões:** O estudo mostrou que as pessoas que vivem com a coinfecção pelo HIV/hepatite B e HIV/hepatite C possuem a qualidade de vida prejudicada tanto nos aspectos físicos quanto mentais, portanto, tal abordagem faz-se necessária nos serviços de saúde com o propósito de contribuir com a ressignificação de viver com duas doenças crônicas, infecciosas e transmissíveis, bem como reorientar a assistência de modo a contemplar os aspectos mais afetados na vida de tais pessoas.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida, HIV, Coinfecção, Hepatite B, Hepatite C, Qualidade de vida.

ABSTRACT

BONFIM, R. O. **Quality of life of people living with HIV/Hepatitis B and HIV / Hepatitis C coinfection: integrative review**. 2020. 107f. Dissertation (Master in Sciences) - Ribeirão Preto School of Nursing, University of São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Objective: To identify and synthesize the scientific knowledge produced regarding the quality of life of people living with HIV/hepatitis B (Phase 1) and HIV/hepatitis C (Phase 2) coinfection. **Methods:** This is an integrative review guided by the questions “How are the quality of life of people living with HIV / AIDS and hepatitis B coinfection?” and “How are the quality of life of people living with HIV / AIDS and hepatitis C coinfection?”. The PECO strategy was used to select descriptors in Portuguese, English, and Spanish, allowing the bibliographic search in the EMBASE, SCOPUS, PUBMED, CINAHL, Academic Search Premier, SocINDEX, and LILACS databases. 1,243 publications were identified, 551 were excluded due to duplication, 687 after reading titles and abstracts and two after reading in full, including three articles in Phase 1. In phase 2, 1,043 publications were identified, of which 214 were excluded due to duplication, 795 after reading titles and abstracts, and 19 after reading in full, including 15 articles in this review. **Results:** The quality of life of people living with HIV / hepatitis B was assessed using different instruments, preventing a quantitative synthesis of their results. In two studies, scores close to 50 (within a range of zero to 100) were found in relation to the physical and mental components. Another study showed scores also close to 50 in the dimensions of physical functioning and subjective feelings. The quality of life of people with HIV / hepatitis B coinfection does not differ from people monoinfected by HIV and those coinfecting by HIV / Hepatitis C, however, it is worse over time. In studies related to the quality of life of people coinfecting with HIV / hepatitis C, 13 scales were used, and all studies (100%) evaluated mental aspects, 11 (84.6%) evaluated physical aspects, 11 (84.6% %) social aspects, 8 (61.5%) pain and 5 (38.5%) general health perception. In these studies, the physical and mental domains were the most affected. In these studies, the physical and mental domains were the most affected. When compared to people monoinfected by HIV or hepatitis C, people coinfecting by HIV / hepatitis C also had a worse quality of life. **Conclusions:** The study showed that the population of coinfecting HIV/hepatitis B and HIV/hepatitis C have their quality of life impaired in both physical and mental aspects, therefore, the QOL approach of coinfecting should be implemented in health services to contribute to the reframing of living with two chronic diseases and redirecting assistance to the aspects most affected by these people.

Key words: Acquired Immunodeficiency Syndrome, HIV, Coinfection, Hepatitis B, Hepatitis C, Quality of Life.

RESUMEN

BONFIM, R. O. **Calidad de vida de las personas que viven con VIH/Hepatitis B y coinfección VIH/Hepatitis C: revisión integrativa**. 2020. 107f. Disertación (Maestría en Ciencias) - Escuela de Enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo, Ribeirão Preto, 2020.

Objetivo: Identificar y sintetizar el conocimiento científico producido sobre la calidad de vida de las personas que viven con coinfección VIH / hepatitis B (Fase 1) y VIH / hepatitis C (Fase 2). **Métodos:** Esta es una revisión integradora guiada por las preguntas "¿Cómo es la calidad de vida de las personas que viven con el VIH / SIDA y la coinfección por hepatitis B?" y "¿Cómo es la calidad de vida de las personas que viven con el VIH / SIDA y la coinfección por hepatitis C?". Se utilizó la estrategia PECO para seleccionar descriptores en portugués, inglés y español, permitiendo la búsqueda bibliográfica en las bases de datos EMBASE, SCOPUS, PUBMED, CINAHL, Academic Search Premier, SocINDEX y LILACS. Se identificaron 1.243 publicaciones, 551 fueron excluidas por duplicación, 687 luego de lectura de títulos y resúmenes y dos luego de lectura completa, incluyendo tres artículos en la Fase 1 y se identificaron 1.043 publicaciones, 214 excluidas por duplicación, 795 luego de lectura de títulos y resúmenes y 19 después de leer en su totalidad, incluyendo en esta revisión 15 artículos en la Fase 2. **Resultados:** La calidad de vida de las personas que viven con VIH / hepatitis B se evaluó mediante diferentes instrumentos, lo que impidió una síntesis cuantitativa de sus resultados. En dos estudios, se encontraron puntuaciones cercanas a 50 (dentro de un rango de cero a 100) en relación con los componentes físicos y mentales. Otro estudio mostró puntuaciones también cercanas a 50 en las dimensiones de funcionamiento físico y sentimientos subjetivos. La calidad de vida de las personas con coinfección por VIH / hepatitis B no difiere de la de las personas monoinfectadas por VIH y de las coinfectadas por VIH / hepatitis C, sin embargo, empeora con el tiempo. En estudios relacionados con la calidad de vida de personas coinfectadas por VIH / hepatitis C se utilizaron 13 escalas y todos los estudios (100%) evaluaron aspectos mentales, 11 (84,6%) evaluaron aspectos físicos, 11 (84,6%) aspectos sociales, 8 (61,5%) dolor y 5 (38,5%) percepción de salud general. En estos estudios, los dominios físico y mental fueron los más afectados. En estos estudios, los dominios físico y mental fueron los más afectados. En comparación con las personas monoinfectadas por VIH o hepatitis C, las personas coinfectadas por VIH / hepatitis C también tenían una peor calidad de vida. **Conclusiones:** El estudio mostró que la población de coinfectados por VIH / hepatitis B y VIH / hepatitis C tiene su calidad de vida deteriorada tanto en aspectos físicos como mentales, por lo tanto, el enfoque de CV de coinfectados debe ser implementado en los servicios de salud para contribuir al replanteamiento de convivir con dos enfermedades crónicas y reorientar la asistencia a los aspectos más afectados por estas personas.

Palabras clave: Síndrome de Inmunodeficiencia Adquirida, VIH, Coinfección, Hepatitis B, Hepatitis C, Calidad de Vida.

LISTA DE FIGURAS

Figura 1. Cascata do cuidado contínuo do HIV de acordo com as etapas e perdas nos diferentes pontos de atenção à saúde, Brasil, 2015	24
Figura 2. Etapas do percurso metodológico para a realização da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas com coinfeção HIV/hepatite B e HIV/hepatite C	36
Figura 3. Estratégia de busca da produção científica para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de pessoas com coinfeção HIV/Hepatite B nas bases de dados EMBASE, SCOPUS, PUBMED, Academic Search Premier e SocINDEX (Fase 1)	42
Figura 4. Estratégia de busca da produção científica para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de pessoas com coinfeção HIV/Hepatite C nas bases de dados EMBASE, SCOPUS, PUBMED, Academic Search Premier e SocINDEX (Fase 2)	43
Figura 5. Estratégia de busca da produção científica para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de pessoas com coinfeção HIV/Hepatite B na base de dados LILACS (Fase 1)	44
Figura 6. Estratégia de busca da produção científica para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de pessoas com coinfeção HIV/Hepatite C na base de dados LILACS (Fase 2)	45
Figura 8. Fluxograma de identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre qualidade de vida de indivíduos com coinfeção HIV/aids e hepatite B. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020 (Fase 1)	51
Figura 9. Fluxograma de identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre qualidade de vida de indivíduos com a coinfeção HIV/aids e hepatite C. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020 (Fase 2)	53

LISTA DE QUADROS

Quadro 1. Formas clínicas, características e fases da hepatite B	25
Quadro 2. Estratégia PECO para construção da pergunta da revisão integrativa	37
Quadro 3. Estratégia PECO para construção da questão norteadora da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite B (Fase 1)	38
Quadro 4. Estratégia PECO para construção da questão norteadora da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite C (Fase 2)	38
Quadro 5. Descritores controlados (em negrito) e livres utilizados no levantamento bibliográfico da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite B (Fase 1)	39
Quadro 6. Descritores controlados (em negrito) e livres utilizados no levantamento bibliográfico da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite C (Fase 1)	40
Quadro 7. Número de estudos encontrados para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de coinfectados HIV/aids e hepatite B, segundo as bases de dados consultadas (Fase 1)	46
Quadro 8. Número de estudos encontrados para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de coinfectados HIV/aids e hepatite C, segundo as bases de dados consultadas (Fase 2)	46
Quadro 9. Apresentação das escalas de avaliação da qualidade de vida utilizadas nos estudos sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com a coinfeção HIV/Hepatite B, seus domínios, escores e formas de classificação dos mesmos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2020	55

Quadro 10. Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre qualidade de indivíduos com coinfeção HIV/aids e hepatite B (Fase 1), Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020	56
Quadro 11. Apresentação das escalas de avaliação da qualidade de vida utilizadas nos estudos sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com a coinfeção HIV/Hepatite C, seus domínios, escores e formas de classificação dos mesmos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2020	60
Quadro 12. Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre qualidade de indivíduos com coinfeção HIV/aids e hepatite C (Fase 2), Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020	63
Quadro 13. Avaliação metodológica dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a qualidade da vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite B segundo as questões dos checklists de avaliação crítica propostos pelo <i>The Joanna Briggs Institute</i>	73
Quadro 14. Avaliação metodológica dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a qualidade da vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite C segundo as questões dos checklists de avaliação crítica propostos pelo <i>The Joanna Briggs Institute</i>	74

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AAD	Antirretroviral de Ação Direta
Aids	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ALT	Aminotransferase
APS	Atenção Primária à Saúde
AST	Aspartato Aminotransferase
BVS	Biblioteca de Saúde Virtual
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CINAHL	<i>Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature</i>
DeCS	Descritores em Ciências da Saúde
DNA	Ácido desoxirribonucleico
EERP-USP	Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo
EMBASE	Excerpta Medica Database
EQ-5D	<i>EuroQol Five Dimension Scale</i>
GGT	Gamaglutamiltransferase
HBC	Hepatite B crônica
HBV	Vírus da Hepatite B
HCSUS-HRQOL	<i>HIV Cost and Services Utilization Study Health Related Quality of Life</i>
HCV	Vírus da Hepatite C
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HIV-SELT	<i>Scales for Examining Life Quality</i>
HSH	Homens que fazem sexo com homens
JBI	<i>The Joanna Briggs Institute</i>
LILACS	<i>Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde</i>
MESH	<i>Medical Subject Headings</i>
MOS SF-36	<i>Medical Outcomes Study – Short Form 36</i>
OMS	Organização Mundial da Saúde
PBE	Prática Baseada em Evidência
PECO	<i>Patient, Exposition, Comparison e Outcomes</i>
PET-SAÚDE	Programa de Educação Tutorial em Saúde

PIBIC	Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica
PVHIV	Pessoas que vivem com HIV
QCRI	Qatar Computing Research Institute (Rayyan)
QV	Qualidade de Vida
QVRS	Qualidade de Vida Relacionada à Saúde
RAS	Rede de Atenção à Saúde
RI	Revisão Integrativa
RVS	Resposta Viralógica Sustentada
RNA	Ácido ribonucleico
SF – 36	<i>Short Form 36</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
UNIR	Universidade Federal de Rondônia
VAS	Visual Analogue Scales
WHO	<i>World Health Organization</i>
WHOQOL-HIV Bref	<i>World Health Organization Quality of Life Bref</i>

SUMÁRIO

Apresentação	16
1. Introdução	19
1.1 HIV no mundo: dados epidemiológicos e políticas de controle	20
1.1.1 Hepatite B e C no mundo: dados epidemiológicos e políticas de controle	23
1.1.2 Coinfecção HIV/Hepatite B e HIV/Hepatite C	27
1.2 Justificativa	28
2. Objetivo	30
3. Material e métodos	32
3.1 Delineamento do estudo	33
3.2 Definição do problema, elaboração da questão norteadora e levantamento bibliográfico	35
3.3 Definição dos critérios de inclusão e exclusão das publicações nas bases de dados e seleção dos artigos	44
3.4 Extração de dados dos estudos	45
3.5 Classificação do nível de evidência e avaliação crítica da qualidade da metodologia dos estudos segundo o <i>The Joanna Briggs Institute</i>	45
4. Resultados	47
4.1 Seleção dos estudos	48
4.2 Características e síntese dos estudos	52
4.2.1 Fase 1: Qualidade de vida de indivíduos que vivem com a coinfecção HIV/Hepatite B	52
4.2.2 Fase 2: Qualidade de vida de indivíduos que vivem com a coinfecção HIV/Hepatite C	57
4.2.3 Avaliação metodológica dos estudos	72
5. Discussão	75
5.1 Fase 1 - Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfecção HIV/Hepatite B	76
5.2 Fase 2 - Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfecção HIV/Hepatite C	79
6. Conclusões	85
Referências	88
Apêndice	102
Anexos	104

Apresentação

Antes de iniciar meus estudos no Programa de Pós-graduação em Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP), na modalidade Mestrado, inseri-me em um grupo de pesquisa da Universidade Federal de Rondônia (UNIR) em meados de 2013. Nesse ano, ainda como graduanda em Enfermagem pela UNIR, ingressei, após aprovação no processo seletivo, no Programa de Educação Tutorial em Saúde (PET-SAÚDE) com foco em Doenças Negligenciadas, sob a Tutoria da Professora Dr^a Maria do Socorro Bandeira. Foi então que tive meu primeiro contado com os grupos de estudos e pesquisas sobre algumas doenças que seriam, futuramente, meu objeto de estudo, como Tuberculose a princípio e, posteriormente, HIV e Hepatites Virais.

No final de 2013, após processo seletivo, fui selecionada para participar do Programa Ciências Sem Fronteiras, cujo objetivo era promover a consolidação, expansão e internacionalização da ciência e tecnologia, da inovação e da competitividade brasileira por meio do intercâmbio e da mobilidade internacional. Por fim, em 2014, fui para Budapeste, na Hungria, onde pude fazer parte de minha graduação na Semmelweis University, de modo que pude dedicar-me durante 1 ano e meio em termos de aprendizado técnico-científico e cultural.

Ao retornar ao Brasil, em 2015, para concluir minha graduação, conheci a Professora Dr^a Nathalia Halax Orfão da UNIR, que possibilitou o meu engajamento em Projeto de Iniciação Científica, pelo Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica (PIBIC), com estudos voltados à Tuberculose, neste grupo fui voluntária no PIBIC. Inicialmente, o foco foi o Tratamento Diretamente Observado para a Tuberculose e, posteriormente, voltei meus estudos para o Teste Molecular Rápido para a Tuberculose, fazendo uma análise da usabilidade no estado de Rondônia que, na época, havia recebido algumas máquinas para a realização deste tipo de exame. Finalizando minha graduação em 2017, fui apresentada a Professora Dr^a Aline Aparecida Monroe, onde iniciamos um diálogo sobre objetos de estudos para construção de um projeto para, então, tentar a seleção no Programa de Pós-graduação Enfermagem em Saúde Pública da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (EERP/USP).

Levando em consideração o cenário epidemiológico do Estado de Rondônia, que possui incidência diferenciada no que concerne à hepatite B e, observando a originalidade de se delinear um trabalho voltado para a qualidade de vida de pessoas

que vivem com a coinfeção HIV/hepatite B e HIV/Hepatite C, almejamos desenvolver um estudo que privilegie tal objeto de investigação, entretanto, inicialmente, foi necessário o planejamento e condução da presente revisão integrativa, que se encontra organizada em duas fases, sendo a primeira com o foco na qualidade de vida de coinfectedos HIV/hepatite B e a 2º relacionada à coinfeção HIV/hepatite C, com o propósito de conhecer o estado da arte acerca da temática em questão.

1. Introdução

1.1 HIV no mundo: dados epidemiológicos e políticas de controle

A infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) é considerada um problema de saúde pública mundial (COOPER et al., 2017), sendo estimado que, desde o início da epidemia, por volta de 1980, 77,3 milhões de pessoas tenham sido infectadas pelo HIV e 35,4 milhões tenham ido a óbito por causas relacionadas à síndrome da imunodeficiência adquirida (aids) (UNAIDS, 2019). As quatro regiões do mundo que apresentaram maior número de casos foram África (25.840.000), Ásia e Pacífico (5.800.000), Europa Central, Ocidental e América do Norte (2.200.000) e América Latina (3.500.000) (UNAIDS, 2020).

Em 2019, foram estimadas 38 milhões de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) no mundo, das quais 1,7 milhão eram novas infecções pelo vírus. Neste mesmo ano, 25,4 milhões de pessoas tiveram acesso à terapia antirretroviral (TARV) e 690.000 morreram por causas relacionadas à aids (UNAIDS, 2020). Apesar dos esforços internacionais dispendidos para o controle da infecção, estima-se que cerca de 12,6 milhões de pessoas ainda estejam sem o devido tratamento (UNAIDS, 2020).

Nas Américas, dentre as 3,5 milhões de PVHIV em 2018, 160 mil constituíam novas infecções e 2,4 milhões tiveram acesso à TARV. No Brasil, 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de aids foram notificados no mesmo ano, sendo que a taxa de detecção de aids foi de 17,8/100.000 habitantes (BRASIL, 2019a).

O perfil das PVHIV difere de quando os primeiros casos da infecção foram identificados (QUADROS et al., 2016). No início, as pessoas mais atingidas eram homens homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas, de modo que a epidemia era restrita às áreas urbanas, além de ser uma sentença de morte para os infectados (BASTOS, 2006; TELES; MATTA; SANTO, 2016).

Após mais de 30 anos, o perfil dos infectados engloba pessoas que se encontram em situação de vulnerabilidade no que tange aos aspectos sociais, econômicos e culturais. Alguns grupos são considerados mais vulneráveis, constituindo populações chave para o enfrentamento da epidemia, a saber: homens que fazem sexo com homens (HSH), usuários de drogas injetáveis, pessoas privadas de liberdade, trabalhadores do sexo e seus clientes, além de pessoas trans (CONBRACIS, 2017).

Desde o surgimento do HIV/aids, diversos avanços foram conquistados ao longo dos anos, sendo a TARV o principal deles, uma vez que reduz a

morbimortalidade, aumenta a sobrevida, diminui a transmissão materno-infantil e reduz a progressão do HIV para aids (SEYLER; LACOR; ALLARD, 2018). Dessa forma, a disponibilidade da TARV, por meio de políticas públicas que instrumentalizam programas voltados para o HIV/aids, tem prolongado a vida dos indivíduos infectados pelo vírus (FEITOSA et al., 2013); pessoas acima de 50 anos com HIV apresentam maior expectativa de vida, cujo achado relaciona-se com a eficácia da TARV (MENEZES et al., 2018), além disso, a adesão ao tratamento diminui as taxas de óbito, melhora a expectativa e qualidade de vida (AMORIM et al., 2019).

A partir dos dados supracitados, é atualmente aceito que o HIV/aids constitui uma condição crônica (SCHAURICH; COELHO; MOTTA, 2006), fazendo com que as políticas públicas relacionadas ao seu tratamento estejam alinhadas a estratégias e protocolos que com ênfase no diagnóstico precoce, início imediato do tratamento e retenção destes indivíduos no seguimento clínico-terapêutico, de forma a garantir a supressão viral e promover a descontinuidade/ruptura da cadeia de transmissão do HIV (RIGHETTO et al., 2014; BRASIL, 2017a).

Neste sentido, em 2014, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) estabeleceu metas mundiais com o objetivo de ampliar o leque de vantagens individuais e coletivas pautadas no diagnóstico oportuno e acesso ao tratamento (NOSYK et al., 2014; UNAIDS, 2014). Trata-se de uma estratégia ambiciosa, chamada de 90-90-90, propondo e aconselhando que 90% das PVHIV conheçam seu diagnóstico; conhecendo o diagnóstico, 90% façam uso da TARV; e que 90% das pessoas em uso da terapia alcancem a supressão viral (UNAIDS 2014; MIRANDA et al., 2018).

Para atender aos diversos cenários e alcançar as metas estabelecidas pela UNAIDS, foram definidos pilares que se ancoram em uma série de etapas vivenciadas pelas PVHIV para a supressão viral e o cuidado contínuo. De acordo com o *Centers for Disease Control and Prevention* (CDC), a cascata do cuidado contínuo para o HIV deve estabelecer quatro passos principais: diagnóstico; vinculação à rede de serviços de cuidados; tratamento e retenção nos serviços de assistência; além da supressão viral (CDC, 2019). No Brasil, a cascata do cuidado contínuo do HIV foi concebida levando-se em consideração os seguintes momentos vivenciados pelas PVHIV: 1) Infectados pelo HIV; 2) Diagnosticados; 3) Vinculados; 4) Retidos; 5) TARV e 6) Carga Viral Suprimida (BRASIL, 2017b).

Neste sentido, a cascata de cuidado é fundamental, uma vez que as pessoas diagnosticadas e em tratamento podem alcançar expectativa de vida comparável à de pessoas que não vivem com o HIV, contudo, precisam integrar tal cascata, conforme aponta a Figura 1 (BRASIL, 2017b).

Figura 1. Cascata do cuidado contínuo do HIV de acordo com as etapas e perdas nos diferentes pontos de atenção à saúde, Brasil, 2015.

Fonte: Adaptado BRASIL, 2017b.

Ademais, as diretrizes do modelo de atenção às PVHIV devem seguir o eixo de um modelo de cuidado pautado na promoção da qualidade de vida, a partir de ações programáticas intersetoriais (BRASIL, 2017b) e do compartilhamento da atenção entre serviços especializados e demais pontos de atenção à saúde (MAGNABOSCO et al., 2018). Para tanto, faz-se necessária a oferta de ações de promoção e prevenção à saúde, além de métodos diagnósticos que alcancem a comunidade dentro das Redes de Atenção à Saúde (RAS), as quais têm na Atenção Primária à Saúde (APS) papel importante por ser a ordenadora e porta de entrada para os serviços (MIRANDA et al., 2018).

1.1.1 Hepatite B e C no mundo: dados epidemiológicos e políticas de controle

O vírus da hepatite B (HBV) diz respeito a uma infecção que ataca o fígado, de modo que a doença possui as formas clínicas aguda, crônica e fulminante (Quadro 1). A forma aguda da doença tem período de incubação de 45 dias, podendo ser assintomática ou apresentar sintomas leves e poucos significativos. Pode ocorrer aumento das transaminases séricas alanina aminotransferase (ALT) e aspartato aminotransferase (AST). Com a evolução do quadro, os sintomas prodrômicos aumentam: icterícia e transaminases, bilirrubina, fosfatase alcalina e gamaglutamiltransferase (GGT) elevadas. O quadro perdura em torno de seis semanas, desaparecem os sintomas e as provas hepáticas voltam aos níveis normais (BRASIL, 2017c).

A melhora do indivíduo é confirmada por meio dos marcadores sorológicos que indicam os anticorpos produzidos em resposta à infecção e queda na produção dos antígenos pelo ácido desoxirribonucleico (DNA) viral. Ocorre o desaparecimento do antígeno de superfície HBsAg, entretanto, verifica-se a presença dos anticorpos Anti-HBs e o anticorpo central, anti-HBc total. Geralmente, ocorre a recuperação natural, e nestes casos, não são prescritos antivirais, os medicamentos utilizados são para minimizar os sintomas apresentados até a convalescença (FONSECA, 2007; BRASIL, 2017c).

Caso após seis meses o indivíduo ainda apresente o antígeno HBsAg no soro sanguíneo, a forma clínica da doença passa a ser chamada de hepatite B crônica (HBC). Diferente da forma aguda, a forma crônica costuma caracterizar-se por níveis elevados de transaminases. O objetivo do tratamento é reduzir a replicação viral e a progressão da doença para cirrose ou o hepatocarcinoma (FONSECA, 2007c; BRASIL, 2017; VAILATTI et al., 2018).

Quadro 1. Formas clínicas, características e fases da hepatite B.

Formas clínicas da hepatite B	Características	Fases
Aguda	Os vírus hepatotrópicos apresentam aspectos clínicos e virológicos limitados aos seis primeiros meses.	1 - Prodrômico ou pré-ictérico: ocorre após período de incubação e apresenta sintomas inespecíficos (anorexia, náuseas, vômitos, diarreias, entre outros); 2 - Ictérica: Diminuição dos sintomas prodômicos. Ocorre

		<p>hepatomegalia dolorosa, hiperbilirrubinemia, alteração nas aminotransferases, ocasional esplenomegalia.</p> <p>3 – Convalescência: desaparecimento da icterícia, retorno da sensação de bem-estar. A recuperação ocorre após algumas semanas, porém, a fraqueza e o cansaço podem persistir por meses.</p>
Fulminante	Insuficiência hepática no curso da hepatite aguda com mortalidade elevada de 40% a 80% dos casos.	<p>1 – Comprometimento agudo da função hepatocelular: diminuição dos fatores de coagulação e presença de encefalopatia hepática no período de até oito semanas após o início da icterícia.</p>
Crônica	Ocorre quando o agente etiológico permanece no hospedeiro após seis meses. Indivíduos com este tipo de forma clínica são reservatórios do vírus, e são epidemiologicamente importantes por serem os principais responsáveis pela continuidade da transmissão.	<p>1 - Portador assintomático: não apresentam manifestações clínicas, baixa replicação viral e sem alterações graves relacionadas à histologia hepática. A evolução tende a ser benigna, mas os indivíduos podem transmitir o vírus e perpetuar a endemia;</p> <p>1 - Hepatite crônica: Presença de sinais histológicos relacionados à ação da doença (inflamação) e marcadores de replicação viral. Os sintomas irão depender do grau de dano hepático. Nesta fase a evolução geralmente é desfavorável e pode ocorrer cirrose, ressalta-se que este tipo de infecção, na maioria dos casos, só é identificado quando o indivíduo apresenta sinais e sintomas da doença avançada (cirrose e/ou hepatocarcinoma).</p>

Fonte: Adaptado Ministério da Saúde, 2007 (BRASIL, 2007)

No ano de 2015, estimou-se que 325 milhões de pessoas estavam infectadas com hepatites virais. De acordo com o último boletim da Organização Mundial de Saúde (OMS), em 2015, 3,5% da população mundial (257 milhões de pessoas) viviam com HBV e 887 mil morreram em decorrência da infecção. Em relação à coinfeção com HBV/HIV, estima-se que atinja 2,7 milhões de pessoas (WHO, 2017).

A estimativa da prevalência da hepatite B é alta na região do pacífico ocidental (parte da Ásia e Oceania) e África, representando 6,2% e 6,1% da população adulta, respectivamente. Nas américas, estima-se que 2,8 milhões da população esteja infectada. No mundo, 27 milhões de pessoas (10,5%) estão cientes de sua infecção, sendo que destas, 4,5 milhões (16,7%) estavam em tratamento (WHO, 2019a).

Nas últimas décadas, o mapa de prevalência da Hepatite B alterou-se como resultado das políticas públicas de saúde, que incluem vacina e tratamento (KIM; KIM, 2018). Por apresentar uma estrutura regular e se tratar de um vírus DNA, a vacina contra a hepatite B uma realidade em programas de imunização em vários países. (MACHADO et al, 2006). A vacina previne a infecção pelo HBV e sua inserção como política universal para crianças recém-nascidas diminuiu drasticamente a incidência da doença a partir da década de 90. Outro resultado importante é a redução da incidência em crianças e adultos entre 20 e 30 anos de idade – geração pós vacinal (WHO, 2014).

Em relação ao vírus da hepatite C (HCV), trata-se de uma das causas mais frequentes de doenças hepáticas crônicas em todo mundo, sendo que o processo de replicação viral ocorre nos hepatócitos, onde o vírus, após infectá-los, codifica uma proteína por meio do seu RNA. Inicia-se então o processo replicativo na membrana citoplasmática, sendo necessária a interação de vesículas lipídicas e o metabolismo de lipoproteínas, de modo que o vírus deixa a célula infectada através de partículas lipovirais e infecta novas células (LIANG; GHANY, 2013).

Após infectar o indivíduo, o tempo médio de incubação da doença pode variar de 1 a 13 meses e o melhor marcador para o diagnóstico é o ácido ribonucleico (RNA), uma vez que os anticorpos surgem apenas entre a quarta e vigésima semana. Ressalta-se que a pessoa com a infecção pelo HCV permanece assintomática por um longo período e por isso muitos indivíduos desenvolvem a cronicidade da doença com o diagnóstico por meio do anti-HCV (STRAUS, 2001). Quando o anti-HCV tem resultado positivo, é necessário o teste de biologia molecular (HCV-RNA quantitativo) para confirmação da infecção crônica (WHO, 2016; SMITH, 2019).

Os fatores de risco para a hepatite C são: transfusão de sangue e hemoderivados de doadores não testados, transplantes de órgãos de doadores infectados, uso de drogas injetáveis, terapias injetáveis com equipamentos contaminados, hemodiálise, exposição ocupacional ao sangue, transmissão perinatal e transmissão sexual (ALTER, 2002; SMITH, 2019; WHO, 2019b)

Mundialmente, estimava-se que 71 milhões de pessoas viviam com a infecção crônica pelo HCV em 2015, atingindo aproximadamente 3% da população mundial. Nesse mesmo ano, houve 1.75 milhões de novas infecções no mundo, com incidência de 23,7/100.000 habitantes. Em 2016, cerca de 400 mil pessoas morreram de hepatite C e suas complicações, dentre elas a cirrose e o carcinoma hepatocelular (FERREIRA; PONTAROLO, 2017; WHO, 2019b).

Assim como a infecção pelo HBV, a distribuição epidemiológica da infecção pelo HCV varia de acordo com cada região do mundo, afetando principalmente o Mediterrâneo Oriental e Europa, com prevalência de 2,3% a 1,5%, respectivamente. De acordo com a OMS, a infecção em outras regiões varia de 0,5% a 1,0%, contudo este número pode variar em certas populações. Em países de renda baixa e média, onde estão 70% dos doentes crônicos, os casos novos são considerados maiores que o número de pessoas tratadas e curadas (RODRIGUES; AGUIAR; PEREIRA, 2017).

Usuários de drogas injetáveis são responsáveis por 23% das novas infecções e 33% da mortalidade pela hepatite C. Destaca-se que tanto a transmissão sexual quanto vertical são as vias menos comuns para a infecção pelo HCV (WHO, 2019b).

Diferente da infecção pelo HBV, o HCV não possui vacina ou formas de profilaxia, por isso é importante a prevenção por meio do conhecimento de suas vias de transmissão, as quais foram citadas anteriormente. Além da prevenção, a OMS recomenda, desde 2014, o rastreamento dos casos, bem como a instituição de protocolos de tratamento e de cuidados às pessoas hepatite C (WHO, 2016; SMITH, 2019), uma vez que os medicamentos antirretrovirais podem curar mais de 95% dos casos, reduzindo o risco de morte e o desenvolvimento de doenças relacionadas à progressão do vírus (SMITH et al, 2019). Contudo, apesar do tratamento e possibilidade de cura, o acesso ao diagnóstico e tratamento ainda é baixo (HUTTIN et al., 2018; WHO, 2019).

Em relação ao tratamento da hepatite C, poucos países (38%) reportaram o uso de antirretrovirais de ação direta como regime de tratamento de primeira linha para o HCV. O preço destes medicamentos é um dos obstáculos relatados, contudo a quebra de patentes facilitou o acesso em muitos países, mas ainda está longe do ideal. No que concerne ao tratamento da hepatite B, 59% dos países associados à OMS relataram o uso do Tenovir ou Entecavir como primeira linha de tratamento para os monoinfectados pelo HBV crônico (SMITH, 2019), no entanto, cabe destacar que, diferentemente da hepatite C, esta doença não tem cura.

1.1.2 Coinfecção HIV/Hepatite B e HIV/Hepatite C

Verifica-se por meio dos dados epidemiológicos que tem aumentado o número de coinfectados por HIV/hepatite B e HIV/Hepatite C, constituindo um grave problema de saúde pública em todo mundo, pois gera impactos socioeconômicos em países de média e baixa renda (SCHUELTER-TREVISOL et al., 2013; PEREIRA et al., 2019).

Cerca de 4% a 10% dos indivíduos que vivem com a hepatite B crônica e de 20% a 30% com hepatite C são também infectados pelo HIV, por isso a investigação da presença da coinfecção é necessária para auxiliar na tomada de decisões e destinação de recursos para prevenção e tratamento (SOARES et al, 2014; SANTOS et al., 2017).

O HIV, HBV e HCV possuem formas semelhantes de transmissão, sendo importantes causas de adoecimento e mortes no mundo. A interação entre o HIV e hepatites virais ocasiona impactos no perfil de morbimortalidade das pessoas, uma vez que o HIV acelera a evolução do comprometimento hepático oriundo de tais comorbidades (OLIVEIRA; HAMANN; AMORIM, 2014; WANDERLEY et al., 2020).

Dessa forma, o HIV aumenta a chance de cronicidade do HBV e HCV e da progressão para formas mais graves destas hepatites, como a cirrose e o hepatocarcinoma (BRASIL, 2017d; SOUZA et al, 2019). Isso ocorre em função do HIV aumentar a taxa de replicação do vírus da hepatite B e C, tornando a evolução da doença mais rápida e resultando em formas mais graves da mesma (PLANELLO et al., 2016). As PVHIV coinfectadas com o vírus da hepatite B e C possuem maior risco de morbidades hepáticas, maiores taxas de óbito e maior propensão a debilidades na recuperação imunológica (ALTER, 2006; WANDELER et al., 2016).

Os coinfectados são mais suscetíveis à evolução para hepatite B crônica após exposição, assim como apresentam menor soroconversão dos antígenos. Por isso, em relação à hepatite B, é importante a triagem do esquema vacinal e oferta de vacinação, principalmente dentro dos serviços que atendem pessoas vivendo com HIV (MACHADO et al, 2006).

As indicações de tratamento da hepatite B em indivíduos monoinfectados não difere dos coinfectados pelo HIV, porém existem particularidades em relação ao tipo de droga a ser usada, o tempo de tratamento e a indicação de uso de TARV (MACHADO et al., 2006). Para o tratamento da coinfecção HIV/hepatite B, deve-se

priorizar o controle da infecção pelo HIV, pois o sucesso da terapia para a hepatite B relaciona-se, proporcionalmente, à quantidade de linfócitos T-CD4. Recomenda-se a utilização da lamivudina com tenovir no esquema antirretroviral para os coinfectados (BRASIL, 2018).

O tratamento mais utilizado para a hepatite C, por muitos anos, foi baseado na combinação interferon e ribavirina, contudo, o interferon apresenta maior frequência de efeitos adversos (SULKOWSKI et al., 2011). Portanto, pessoas coinfectadas devem iniciar o tratamento para ambas infecções tão logo diagnosticadas, observando contagem das células T-CD4, a fim de garantir que não estejam com imunossupressão grave e atinjam a supressão viral antes de iniciar o tratamento para a hepatite C (BRASIL, 2019b).

O conhecimento do genótipo do HCV é importante para o manejo terapêutico uma vez que o genótipo do tipo I em pessoas coinfectadas pelo HIV está relacionado a um prognóstico ruim da doença e maior duração do tratamento (SILVA et al., 2019).

Para os coinfectados HIV/hepatite C, os fármacos utilizados são os antivirais de ação direta (AAD), compatíveis com a TARV (ZAMBRANO et al., 2020) e incluem interferon convencional, interferon peguilado, ribavirina, sofosbuvir, declatasvir e simeprevir (RODRIGUES; AGUIAR; PEREIRA, 2017; BRASIL, 2019b).

Tais tratamentos são essenciais para a melhoria da Qualidade de Vida (QV) desses indivíduos e diante disso, o monitoramento em relação à adesão ao tratamento é essencial, sendo necessária uma assistência integral por parte dos profissionais da saúde com o intuito de identificar vulnerabilidades e estimular a coparticipação dos indivíduos afetados na continuidade do cuidado e tratamento (MEDEIROS et al., 2016; SOUZA et al, 2019). Neste sentido, entender a problemática de viver com as duas infecções e as interferências nas dimensões da QV destas pessoas é uma ferramenta que pode auxiliar na retenção destas ao tratamento (ZAMBENEDETTI; SILVA, 2016).

1.2 Justificativa

Tendo em vista o cenário epidemiológico do HIV e das hepatites virais B e C, bem como as políticas de controle de tais doenças que tem como foco a melhoria na QV das pessoas afetadas, reconhece-se a necessidade de compreender a problemática de viver com a infecção de duas condições crônicas (HIV/hepatite B ou

HIV/Hepatite C) e sua influência na QV desta população. Em função disso, este estudo pretende contribuir com a produção e síntese do conhecimento científico em relação a tal tema, oferecendo subsídios para a qualificação da assistência prestada às PVHIV, coinfectadas com hepatite B e/ou C.

Cabe reconhecer que a QV desta população reflete as experiências, o conhecimento, os valores vivenciados por cada indivíduo, inserindo-se nos momentos histórico e social (OLIVEIRA FILHO et al., 2014), advindos de aspectos sociodemográficos, culturais, clínicos, de suporte social e econômico, de acesso ao tratamento e assistência à saúde (ALONSO et al., 2018). Dessa forma, com o intuito de compreender os mecanismos que afetam a vida das pessoas com sobreposição de condições crônicas, especificamente o HIV e as hepatites virais B e C, torna-se importante analisar a QV destas pessoas como um dos critérios de avaliação da efetividade da assistência prestada para o manejo de tais coinfeções.

2. Objetivo

Analisar a qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/aids e hepatite B e HIV/aids e hepatite C.

3. Material e métodos

3.1 Delineamento do estudo

Trata-se de uma revisão integrativa (RI) de literatura, a qual foi conduzida contemplando duas fases: a primeira, relacionada à qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/aids coinfectadas pela hepatite B e a segunda, que abordou a qualidade de vida na perspectiva da coinfecção pelo HIV/aids e hepatite C.

Destaca-se que estudos pautados em RI possuem o potencial de construir conhecimento a partir de informações coletadas, apresentando o estado da ciência sobre determinado tema. Este tipo de revisão contribui para o desenvolvimento de teorias e tem aplicabilidade direta às ações práticas e a políticas de saúde. A RI é uma abordagem que permite a inclusão de diversas metodologias desempenhando um grande papel nas práticas baseadas em evidência (PBE) (WHITTEMORE; KNAFL, 2005).

A PBE refere-se a uma metodologia que busca respostas para a solução de questões a fim de garantir que o trabalho voltado ao cuidado em saúde ocorra (MELNYK et al., 2010). Estudos que realizam RI de literatura investigam as melhores evidências, fomentando a prática nos cuidados, principalmente os de caráter clínico, educacional e na melhoria de políticas públicas (SANTOS; SECOLI; PUSCHEL, 2018). Este tipo de revisão molda-se a partir de evidências fundamentadas em pesquisas de saúde, levantando informações que se adequam às variadas questões e, para tanto, utiliza-se de metodologias para reproduzir evidências sobre o tema pesquisado (HOPIA; LATVALA; LIIMATAINEN, 2016).

Este projeto optou por este tipo de metodologia, pois permite uma pesquisa exploratória descritiva a fim de recolher o estado da literatura empírica ou teórica para compreender um fenômeno, neste caso, a QV de pessoas que vivem com HIV/aids coinfectadas com hepatites B e C. De acordo com Pompeo et al.(2009), a RI investiga diferentes abordagens metodológicas, seja quantitativa ou qualitativa, examinando os objetivos, materiais e métodos, trazendo à tona o conhecimento sobre o assunto pesquisado contribuindo para a aplicação da teoria na prática.

A RI proporciona o acesso ao conhecimento científico atual e global, pois as sistematizações das buscas nas bases científicas trazem resultados de pesquisas realizadas em vários países. A síntese de estudos primários resulta em um estudo secundário a partir da condução metódica da revisão, para tanto utiliza-se de recursos,

conhecimentos e habilidades. No que se refere aos recursos, destaca-se revisores e tempo utilizado, os conhecimentos relacionam-se ao domínio do tema da pesquisa, fundamentos da RI, informática, idiomas e delineamentos de estudos. Por fim, as habilidades necessárias incluem a redação do projeto, estratégias de buscas, seleção de estudo, coleta dos dados, análise e interpretação dos resultados e a divulgação do conhecimento produzido (PAUA; PADOIN; GALVÃO, 2016)

O método proposto por este estudo auxilia na junção das evidências atuais, propiciando aos interessados no objeto de pesquisa uma síntese e análise dos estudos já publicados. Este tipo de estudo subsidia a tomada de decisão, melhorando as práticas profissionais, pois os estudos reunidos auxiliam no aprofundamento sobre a temática abordada, apontando brechas que precisam ser abordadas a fim de construir conhecimento científico (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Perante o supracitado, esta revisão seguiu as etapas metodológicas estabelecidas por Mendes, Silveira e Galvão (2008) (Figura 2). O percurso metodológico incluiu: 1) definição do problema, elaboração da questão norteadora e levantamento bibliográfico; 2) definição dos critérios de inclusão e exclusão das publicações nas bases de dados e seleção dos artigos; 3) extração dos resultados; 4) avaliação dos estudos incluídos; 5) interpretação e síntese dos resultados; 6) apresentação da RI.

Figura 2. Etapas do percurso metodológico para a realização da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas com coinfeção HIV/hepatite B e HIV/hepatite C.

Fonte: Adaptado (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

3.2 Definição do problema, elaboração da questão norteadora e levantamento bibliográfico

Para o delineamento da RI, é necessária a elaboração da definição do tema e pergunta norteadora, de modo a explicitar a relevância e aplicabilidade para a área da saúde. O tema deve ser de interesse do pesquisador e importância para a saúde, bem como a pergunta necessita de objetividade e clareza na sua definição, pois norteará o processo de reconhecimento das palavras-chave apropriadas, seleção dos estudos e extração das informações requeridas (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

Para este estudo optou-se pela utilização da estratégia PECO proposta pelo *The Joanna Briggs Institute* (JBI) – acrônimo para *Patient, Exposition, Comparison e Outcomes* – que é extensamente empregada para a concepção da questão de pesquisa, pois possibilita a clareza e potencializa a busca de publicações científicas nas bases de dados escolhidas (SANTOS; PIMENTA; NOBRE; 2007).

Os elementos para a estratégia PECO (Quadro 2) deste estudo foram:

Quadro 2. Estratégia PECO para construção da pergunta da revisão integrativa.

Acrônimo	Definição	Descrição
P	Paciente ou Problema	População de interesse
E	Exposição	Fenômeno de interesse
C	Comparação	Intervenção padrão mais utilizada ou nenhuma intervenção.
O	Outcome (desfecho)	Resultados

Fonte: *The Joanna Briggs Institute*, 2014

Após a formulação da estratégia para assegurar uma questão norteadora estruturada e, assim, levantar as melhores publicações na literatura que fundamente as respostas à pergunta formulada, os Quadros 3 e 4 apresentam os elementos (descritores) que permitiram a construção das questões norteadoras pertinentes às duas fases da presente revisão por meio da estratégia PECO.

Quadro 3. Estratégia PECO para construção da questão norteadora da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite B (Fase 1).

Acrônimo	Definição	Descritores
P	Paciente ou Problema	Pessoas que vivem com HIV/aids e Hepatite B.
E	Exposição	Infecção por ambos os vírus (coinfeção*)
C	Comparação	
O	Outcome (desfecho)	Qualidade de vida

* O descritor “coinfeção” não utilizado nas buscas nas bases de dados, uma vez que limitou as mesmas.

Quadro 4. Estratégia PECO para construção da questão norteadora da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite C (Fase 2).

Acrônimo	Definição	Descritores
P	Paciente ou Problema	Pessoas que vivem com HIV/aids e hepatite C
E	Exposição	Infecção por ambos os vírus (coinfeção*)
C	Comparação	
O	Outcome (desfecho)	Qualidade de vida

* O descritor “coinfeção” não utilizado nas buscas nas bases de dados, uma vez que limitou as mesmas.

Além disso, foram feitas buscas preliminares nas bases de dados com o intuito de identificar outros termos que porventura pudessem fazer parte do vocabulário livre utilizado nas produções científicas sobre o assunto. Deste modo, as questões norteadoras das duas fases da presente revisão integrativa foram: Fase 1 - “Como é a qualidade de vida de pessoas que vivem com coinfeção HIV/aids e hepatite B?” e Fase 2 - “Como é a qualidade de vida de pessoas que vivem com a coinfeção HIV/aids e hepatite C?”

Ainda nesta etapa, foram selecionados os descritores controlados utilizados para o levantamento bibliográfico por meio de consulta ao Descritores em Ciências da Saúde (DeCS), o qual integra a Biblioteca de Saúde Virtual (BVS), além do Medical Subject Headings (MESH). Os descritores em negrito sinalizados nos Quadros 3 e 4 fazem parte do vocabulário controlado encontrado nos DeCS, por meio do qual foi possível identificar seus respectivos sinônimos, bem como os correspondentes em espanhol e inglês. Para a identificação do vocabulário em inglês, o MESH foi consultado. Também foi feita uma busca prévia nas bases de dados de forma a

identificar o vocabulário livre utilizado na escrita dos títulos e resumos das publicações sobre o tema com o intuito de incluí-los na busca e encontrar maior número de materiais que pudessem adensar a presente revisão.

Ressalta-se que os descritores controlados são aplicados na indexação e busca de artigos nas bases de dados e estão relacionados aos temas abordados nos estudos. Descritores livres representam palavras utilizadas no texto e seus sinônimos, bem como variações de grafia, siglas e correlatos (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). Portanto, os descritores controlados e livres utilizados com a finalidade de responder às questões norteadoras desta revisão são apresentados nos quadros 5 e 6.

Quadro 5. Descritores controlados (em negrito) e livres utilizados no levantamento bibliográfico da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com infecção HIV/Hepatite B (Fase 1).

Descritores controlados e livres em português	Descritores controlados e livres em inglês	Descritores controlados e livres em espanhol
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida HIV Aids SIDA Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida Imunodeficiência Humana Soropositivo	Acquired Immunodeficiency Syndrome HIV AIDS Acquired Immune Deficiency Acquired Immuno Deficiency Acquired Immuno-Deficiency Immuno-Deficiency Syndrome Immuno-Deficiency Syndromes Immunodeficiency Syndrome Immunodeficiency Syndromes Immunologic Deficiency Syndrome Immunodeficiency Virus Immunodeficiency Viruses Human Immunodeficiency	Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida VIH Síndrome de Deficiencia Imunológica Adquirida

Hepatite B Hepatite Viral B	Hepatitis B HBV	Hepatitis B Hepatitis Crónica B
Qualidade de Vida Qualidade de Vida Relacionada à Saúde (QVRS) Estilo de Vida Impacto da Doença Efeitos Psicossociais da Doença	Quality of Life Life Quality HRQOL Life Style Sickness Impact	Calidad de Vida CVRS Impacto de Enfermedad

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 6. Descritores controlados (em negrito) e livres utilizados no levantamento bibliográfico da revisão integrativa sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite C (Fase 2).

Descritores controlados e livres em português	Descritores controlados e livres em inglês	Descritores controlados e livres em espanhol
Síndrome de Imunodeficiência Adquirida HIV Aids SIDA Síndrome da Deficiência Imunológica Adquirida Imunodeficiência Humana Soropositivo	Acquired Immunodeficiency Syndrome HIV AIDS Acquired Immune Deficiency Acquired Immuno Deficiency Acquired Immuno-Deficiency Immuno-Deficiency Syndrome Immuno-Deficiency Syndromes Immunodeficiency Syndrome Immunodeficiency Syndromes Immunologic Deficiency Syndrome Immunodeficiency Virus Immunodeficiency Viruses Human Immunodeficiency	Síndrome de Imunodeficiencia Adquirida VIH Síndrome de Deficiencia Inmunológica Adquirida

Hepatite C Hepatite Viral C	Hepatitis C HCV	Hepatitis C Hepatitis Crónica C
Qualidade de Vida QVRS Estilo de Vida Impacto da Doença Efeitos Psicossociais da Doença	Quality of Life Life Quality HRQOL Life Style Sickness Impact	Calidad de Vida CVRS Impacto de Enfermedad

Fonte: Elaborado pela autora.

Os descritores selecionados para o levantamento bibliográfico foram interligados utilizando operadores booleanos AND e OR. O termo AND é utilizado como combinação restritiva e separação de assuntos e OR combinação aditiva e busca de documentos que incluam um ou outro assunto (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007). O termo NOT, não utilizado no estudo, permite uma combinação excludente de documentos.

Os operadores booleanos são essenciais para a busca na literatura, possibilitando implementar as relações de combinação frente aos acrônimos da estratégia PECO. As relações com o uso dos operadores padronizam as frases formadas entre descritores e booleanos, assim permite construir a estratégia mais adequada para esta pesquisa (SANTOS; PIMENTA; NOBRE, 2007).

O levantamento bibliográfico foi realizado nas bases de dados: Excerpta Medica Database (EMBASE), Scopus, PubMed, Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature (CINAHL), Academic Search Premier, SocINDEX, por meio do uso dos descritores em inglês, e na Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da saúde (LILACS), utilizando os vocabulários nos idiomas português, inglês e espanhol.

No que concerne à descrição das bases de dados, destaca-se que a EMBASE, compreende a literatura biomédica internacional; SCOPUS, que refere-se a maior base de citações e literatura revisada por pares; PUBMED, compreende o Sistema Online de Busca e Análise de Literatura Médica e é a base de dados bibliográficos da Biblioteca Nacional de Medicina dos Estados Unidos da América; CINAHL, indexa periódicos na área de enfermagem e áreas afins; LILACS, compreende a literatura em ciências da saúde da América Latina e Caribe. Nas Figuras 3, 4, 5 e 6 é possível visualizar a estratégia de busca em cada base e para cada revisão.

Figura 3. Estratégia de busca da produção científica para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de pessoas com coinfeção HIV/Hepatite B nas bases de dados EMBASE, SCOPUS, PUBMED, Academic Search Premier e SocINDEX (Fase 1)

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 4. Estratégia de busca da produção científica para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de pessoas com coinfeção HIV/Hepatite C nas bases de dados EMBASE, SCOPUS, PUBMED, Academic Search Premier e SocINDEX (Fase 2)

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 5. Estratégia de busca da produção científica para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de pessoas com coinfeção HIV/Hepatite B na base de dados LILACS (Fase 1)

Fonte: Elaborado pela autora.

Figura 6. Estratégia de busca da produção científica para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de pessoas com coinfeção HIV/Hepatite C na base de dados LILACS (Fase 2).

Fonte: Elaborado pela autora.

A busca bibliográfica foi realizada em novembro de 2019 para a fase 1 e em março de 2020 para a fase 2, sendo que tal busca foi ampla sem a aplicação de limites de temporalidade (data da publicação) e de idioma. Os resultados totais de publicações encontradas no levantamento bibliográfico conforme a estratégia utilizada em cada fase da revisão serão apresentados nos quadros 7 e 8 a seguir.

Quadro 7. Número de estudos encontrados para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de coinfetados HIV/aids e hepatite B, segundo as bases de dados consultadas (Fase 1)

Base de dados	Estratégia	Número de artigos encontrados
CINAHL	#1 AND #2 AND #3	246
EMBASE	#1 AND #2 AND #3	313
LILACS	#1 AND #2 AND #3	0
PUBMED	#1 AND #2 AND #3	130
SCOPUS	#1 AND #2 AND #3	554

Fonte: Elaborado pela autora.

Quadro 8. Número de estudos encontrados para a revisão integrativa sobre a qualidade de vida de coinfetados HIV/aids e hepatite C, segundo as bases de dados consultadas (Fase 2).

Base de dados	Estratégia	Número de artigos encontrados
CINAHL	#1 AND #2 AND #3	49
EMBASE	#1 AND #2 AND #3	245
LILACS	#1 AND #2 AND #3	0
PUBMED	#1 AND #2 AND #3	177
SCOPUS	#1 AND #2 AND #3	572

Fonte: Elaborado pela autora

3.3 Definição dos critérios de inclusão e exclusão das publicações nas bases de dados e seleção dos artigos

A fim de evitar possíveis vieses na seleção dos estudos, buscou-se orientação com bibliotecários da Biblioteca Central da Universidade de São Paulo – Ribeirão Preto e professores com expertise na área de revisão e que auxiliaram em aspectos teóricos e práticos das RI pertinentes às fases 1 e 2.

A seleção dos estudos foi realizada por duas revisoras independentes, as quais buscaram identificar trabalhos que respondessem às questões norteadoras da presente revisão e publicados em português, inglês e espanhol. Conforme mencionado, convém ressaltar que não foi delimitado período/ano de publicação dos estudos com o propósito de ampliar os resultados das buscas e seleção dos materiais.

Ademais, os artigos incluídos atenderam outros critérios de inclusão: estudos primários; população de estudo constituída por coinfectados (HIV/aids e HBV; e HIV/aids e HCV); e que utilizassem escalas de avaliação de qualidade de vida, sejam eles de abordagem quantitativa e qualitativa. Os critérios de exclusão foram: artigos duplicados, estudos secundários (revisão) e publicações no formato de dissertações, teses, monografias, livros, editoriais, resumos publicados em anais de evento, cartas ao editor e guias clínicos.

O processo de seleção obedeceu a triagem de leitura dos títulos e resumos das publicações encontradas para posterior leitura na íntegra. O detalhamento das etapas de seleção e inclusão dos artigos deste estudo será apresentado na seção dos resultados da presente dissertação.

3.4 Extração de dados dos estudos

Alguns instrumentos auxiliam no processo de extração e refinamento dos dados dos artigos selecionados. Para este estudo, optou-se por um instrumento específico, anteriormente elaborado, ao qual era possível garantir que os dados relevantes fossem extraídos, reduzindo os riscos de falha na reprodução e precisão na averiguação das informações contidas nas publicações. Sendo assim, utilizou-se o instrumento adaptado de URSI (2005) (APÊNDICE I), por meio do qual foi possível extrair as seguintes informações: título do artigo, título do periódico, autores, local de estudo, idioma, ano de publicação, instituição sede do estudo, tipo de revista científica, características metodológicas – tipo de estudo, objetivo do estudo, população ou amostra, cálculo amostral, tamanho da população ou amostra, amostragem, características da população estudada, coleta de dados, intervenções realizadas, análise, principais resultados e implicações.

3.5 Avaliação crítica da qualidade da metodologia dos estudos segundo o *The Joanna Briggs Institute*

A qualidade metodológica dos artigos foi avaliada por meio da utilização de instrumentos específicos propostos pelo JBI

([https://joannabriggs.org/ebp/critical appraisal tools](https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools)), sendo utilizado um instrumento para avaliação da qualidade metodológica de estudos transversais (ANEXO I), outro para avaliação de estudos de coorte (ANEXO II) e, por fim, um para estudos de caso controle (ANEXO III).

4. Resultados

Neste capítulo, são descritos os resultados dos artigos selecionados nas duas fases desta RI, respeitando as etapas metodológicas descritas no capítulo anterior e seguindo as recomendações do JBI para revisões.

4.1 Seleção dos estudos

Após o levantamento bibliográfico realizado nas bases de dados, os resultados das buscas foram exportados para a plataforma QCRI da *Qatar Computing Research Institute* (Rayyan). Em seguida à exportação, aplicaram-se os critérios de inclusão e exclusão nos estudos encontrados.

No que concerne aos artigos referentes à QV das pessoas que vivem com infecção HIV/aids e hepatite B (Fase 1), foram identificados 1.243 publicações, das quais 551 foram excluídas por estarem duplicadas, sendo as demais submetidas à leitura de seus resumos e títulos por dois revisores, os quais consideraram cinco publicações elegíveis para leitura na íntegra, de modo que três foram incluídas na revisão e duas excluídas, sendo uma por não utilizar instrumento que avaliasse a QV e a segunda por realizar a avaliação da QV na percepção dos profissionais de saúde. Por meio destes três artigos também foi realizada a busca manual em suas referências, não sendo encontrados outros estudos que pudessem ser incluídos nesta revisão (Figura 8).

Figura 8. Fluxograma de identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre qualidade de vida de indivíduos com coinfeção HIV/aids e hepatite B. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020 (Fase 1)

Fonte: Adaptados pela autora de Moher D et al. (2009).

No que tange às produções científicas sobre a qualidade de vida das pessoas com coinfeção HIV e hepatite C (Fase 2), as buscas foram realizadas nas seguintes bases de dados: EMBASE, SCOPUS, PUBMED, CINAHL, Academic Search Premier e SocINDEX, aplicando o vocabulário em inglês; e LILACS, aplicando o vocabulário

em português, espanhol e inglês. Foram identificadas 1.043 referências (Figura 9), as quais foram exportadas para a plataforma online Rayyan QCRI da Qatar Computing Research Institute (OUZZANI et al., 2016). Em seguida, 214 referências foram excluídas por estarem duplicadas, sendo as demais submetidas à leitura dos seus resumos e títulos por dois revisores independentes. Estes fizeram a seleção das publicações segundo quatro critérios: estudos primários completos; população de estudo constituída por coinfectados HIV/HCV; estudos que respondessem à questão norteadora da revisão e estudos que utilizaram escalas de avaliação de qualidade de vida.

Sendo assim, 30 publicações foram consideradas elegíveis para leitura na íntegra, por meio da qual 15 foram excluídas, sendo cinco por se tratar de resumos, quatro por não realizarem avaliação da QV de forma isolada, três por não avaliarem a QV de coinfectados (HIV/aids e hepatite C), duas por estarem voltadas ao estudo de usuários de drogas injetáveis e uma por ser estudo de revisão (Figura 9). Por meio desses 15 artigos, também foi realizada uma busca manual em suas referências, na qual não foi encontrado outros estudos que pudessem ser incluídos nesta revisão.

Figura 9. Fluxograma de identificação dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre qualidade de vida de indivíduos com a coinfeção HIV/aids e hepatite C. Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020 (Fase 2)

Fonte: Adaptados pelas autoras de Moher et al. (2009).

4.2 Características e síntese dos estudos

Após a seleção dos estudos e utilização do instrumento para extração dos dados, sintetizou-se os achados da literatura referentes ao presente de estudo.

4.2.1 Fase 1: Qualidade de vida de indivíduos que vivem com a coinfeção HIV/Hepatite B

No que concerne à Fase 1 desta revisão, três artigos (KANWAL et al., 2005; TILLMANN et al., 2006; GILLIS et al., 2013) foram incluídos, os quais foram publicados em língua inglesa (100%), sendo um estudo procedente dos Estados Unidos (KANWAL et al., 2005), um da Alemanha (TILLMANN et al., 2006) e um do Canadá (GILLIS et al., 2013). Em relação à instituição sede dos estudos incluídos, dois foram realizados em instituições universitárias (66,7%) (TILLMANN et al., 2006; GILLIS et al., 2013) e um em centro de pesquisa (33,3%) (KANWAL et al., 2005). Os artigos foram publicados em 2005 (KANWAL et al., 2005), 2006 (TILLMANN et al., 2006) e 2013 (GILLIS et al., 2013). Quanto ao local de publicação dos artigos, dois foram em revistas médicas (KANWAL et al., 2005; TILLMANN et al., 2006) e um em revista de outra área (qualidade de vida) (GILLIS et al., 2013).

Os artigos incluídos no estudo utilizaram escalas para avaliar a QV, sendo eles: *HIV Cost and Services Utilization Study Health Related Quality of Life* (HCSUS-HRQOL) (KANWAL et al., 2005), *Scales for Examining Life Quality* (HIV-SELT) (TILLMANN et al., 2006), *EuroQol Five Dimension Scale* (EQ-5D) (TILLMANN et al., 2006) e *Medical Outcomes Study – Short Form 36* (MOS SF-36) (GILLIS et al., 2013) (Quadro 9).

Quadro 9. Apresentação das escalas de avaliação da qualidade de vida utilizadas nos estudos sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com a coinfeção HIV/Hepatite B, seus domínios, escores e formas de classificação dos mesmos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2020

ESCALAS	DOMÍNIOS	ESCORES - CLASSIFICAÇÃO
HCSUS-HRQOL**	Capacidade física, aspectos funcionais, dor, percepções gerais de saúde, bem-estar emocional, aspectos sociais e vitalidade.	0 a 100 – sendo 0 o pior escore e 100 o melhor.
HIV-SELT	Humor atual, diminuição física, sentimentos subjetivos, humor básico, suporte social, orientação de vida.	0 a 100 – sendo 0 o pior escore e 100 o melhor.
EQ-5D	Mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor ou desconforto, ansiedade ou depressão.	0 a 100 – escore de ruim a melhor.
MOS SF-36	Capacidade física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, desempenho social, desempenho emocional, saúde mental, saúde física, componente físico e mental.	0 a 100 - sendo 0 o pior escore e 100 o melhor

Fonte: Elaborado pela autora, 2020

** Trata-se de um instrumento derivado de outros: Medical Outcomes Study HIV e Aids Clinical Trials Group.

Em dois artigos (KANWAL et al., 2005; GILLIS et al., 2013), a QV foi analisada por meio dos seus componentes físico e mental e um deles (KANWAL et al., 2005) por meio de suas dimensões, a saber: escore geral e escala visual. Nenhum dos artigos analisou item por item separadamente das escalas. A QV das pessoas que vivem com coinfeção HIV e hepatite B foi comparada com a QV dos indivíduos que vivem com monoinfeção HIV em todos os artigos (KANWAL et al., 2005; GILLIS et al., 2013) e, em um dos artigos, ela também foi comparada com a QV das pessoas que vivem com coinfeção HIV/hepatite C (KANWAL et al., 2005). Nenhum artigo comparou a QV dos indivíduos que viviam com coinfeção HIV/hepatite B com aqueles que tinham apenas hepatite B.

Todos os artigos incluídos trabalharam com amostra, mas não apresentaram cálculo amostral, sinalizando que os mesmos faziam parte de um estudo maior (KANWAL et al., 2005; GILLIS et al., 2013). A síntese dos principais resultados dos estudos incluídos na presente revisão voltadas a análise da coinfeção HIV/aids e Hepatite B é apresentada no quadro 10.

Quadro 10. Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre qualidade de indivíduos com coinfeção HIV/aids e hepatite B (Fase 1), Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020

Autores / periódico / ano / país	Delineamento do estudo	Objetivo	Total <i>n</i>	Instrumento de medida	Principais resultados	Itens bem avaliados / número de itens (limitações)
Kanwal et al. / Am J Gastroente- rol / 2005 / EUA	Quantitativo / Coorte	Analisar a associação entre qualidade de vida de indivíduos que vivem com HIV e coinfectados HBV/HIV e HCV/HIV	168.178 HIV 13.558 HBV/HIV 34.466 HCV/HIV	HCSUS- HRQOL	Não houve diferença ($p > 0,05$) na QV entre HIV/HBV (68,5; dp 25,0), HIV apenas (72,0; dp 23,0) e HIV/HCV (70,6; dp 23,7) no início do estudo (1996); não houve diferença ($p > 0,05$) no número de dias de incapacidade entre HIV (3,1 dp 6,1) e HIV/HBV (3,2 dp 5,5). O grupo HIV e HIV/HCV relatou melhora na QV global ao longo do tempo (1996 a 1998), o que não ocorreu com o grupo HIV/HBV. Não houve diferença entre HIV, HIV/HCB e HIV/HBV na avaliação do componente físico, apresentando escore médio de 50,5 (dp 9,6) vs 49,5 (dp 9,7) vs 49,8 (dp 10,2), respectivamente, e mental (50,3 (dp 9,7) vs 49,8 (dp 9,9) vs 49,3 (dp 10,7), respectivamente - $p > 0,05$.	5/11 (grupos não são similares; não houve uma padronizaçã o para medir a exposição; a exposição foi identificada em prontuários médicos; a identificação de fatores de confundimen- to não ficou clara; não citou medidas adotadas para

						minimizar as perdas de acompanhamento)
Tillmann et al. / Eur J Med Res / 2006 / Alemanha	Quantitativo / Retrospectivo	Descrever a QV dos coinfectados HIV/HBV e infectados com HIV	<p>15 HBsAG+</p> <p>176 HBsAG-</p> <p>84 Anti-HBc+</p> <p>90 Anti-HBc-</p> <p>Todos viviam com HIV</p>	HIV-SELT e EQ-5D	<p>A QV entre indivíduos HBsAG+ vs HBsAG- e entre Anti-HBc+ vs Anti-HBc- não diferiu em nenhuma dimensão. Na infecção ativa (HBsAG+), os escores médios de QV por dimensão foram: humor atual (79,0; dp23,3); funcionamento físico (59,0; dp22,1), sentimentos subjetivos (55,0; dp25,1), humor básico (68,2; dp 23,9), suporte social (72,4; dp21,2), orientação de vida (63,3; dp17,4), score total (66,2; dp 17,2), escala visual EQ-5D (69,9; dp18,6; mediana 75,0). Na infecção passada (Anti-HBc+), os escores médios de QV por dimensão foram: humor atual (68,7; dp25,6); funcionamento físico (62,9; dp22,8), sentimentos subjetivos (56,2; dp27,1), humor básico (63,8; dp 24,3), suporte social (68,5; dp22,4), orientação de vida (54,2; dp28,0), score total (62,4; dp19,8), escala visual EQ-5D (67,6; dp22,0; mediana 70,0).</p>	<p>7/10 (não é possível saber se os grupos foram combinados adequadamente para comparação; identificação de fatores de confundimento não foi explicitada, nem estratégias para lidar com os mesmos)</p>

Gillis et al. / Qual Life Res / 2013 / Canadá	TILLQuantitati vo / Coorte	Comparar as características sociodemográficas e psicossociais dos indivíduos coinfectados HBV/HIV e HCV/HIV com indivíduos monoinfectados com HIV	964 HIV 147 HIV/HBV	MOS SF-36	A qualidade de vida em indivíduos com HIV foi avaliada quanto aos componentes físico e mental, sendo mostradas em medianas: 51,5(IIQ 45,0-55,4) e 48,9 (IIQ 36,8-55,9), respectivamente; em indivíduos com HIV/HBV, tais componentes apresentaram as seguintes medianas: 49,2(IIQ 42.0-53.9) e 47.4(IIQ 38.1-55.4). O componente físico apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos e componente mental não. Na análise univariada, a coinfeção não apresentou associação estatisticamente significativa com a menor qualidade de vida física e nem com a menor qualidade de vida mental.	7/11 (grupos não são similares; não houve uma padronizaçã o para medir a exposição; não citou medidas adotadas para minimizar as perdas de acompanha- mento)
--	-------------------------------	--	-------------------------------	-----------	---	--

4.2.2 Fase 2: Qualidade de vida de indivíduos que vivem com a coinfeção HIV/Hepatite C

Em relação à coinfeção HIV/Hepatite C, Fase 2, os 15 artigos (FLEMING et al., 2004; BRAITSTEIN et al., 2005; KANWAL et al., 2005; TILLMANN et al., 2006; MARCELLIN et al., 2007; THEIN et al., 2007; KEMMER et al., 2012; GILLIS et al., 2013; YEUNG et al., 2015; PEREIRA; FIALHO, 2016; SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016; SHEINER et al., 2016; ; VARESCON et al., 2016; MARCELLIN et al., 2017; SAEED et al., 2018) selecionados para esta revisão foram publicados em língua inglesa (100%), sendo 26,5% provenientes do Canadá (BRAITSTEIN et al., 2005; ; GILLIS et al., 2013; YEUNG et al., 2015; SAEED et al., 2018;), 20% dos Estados Unidos (FLEMING et al., 2004; KANWAL et al., 2005; KEMMER et al., 2012), 20% da França (MARCELLIN et al., 2007; 2017) e 33,5% somando os países que apresentaram um artigo apenas (THEIN et al., 2007; TILLMANN et al., 2006; FLESABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016; PEREIRA; FIALHO, 2016; SHEINER et al., 2016) (6,7%): Portugal, Austrália, Alemanha, Áustria e Irã. Em relação ao ano de publicação, quatro (PEREIRA; FIALHO, 2016; SHEINER et al., 2016; SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016; VARESCON et al., 2016) (26,5%) artigos foram publicados em 2016, dois (KANWAL et al., 2005; BRAITSTEIN et al., 2005) (13,3%) em 2005, dois (THEIN et al., 2007; MARCELLIN et al., 2007) (13,3%) em 2007 e um (6,7%) em 2004 (FLEMING et al., 2004) e nos demais anos 2006 (TILLMANN et al., 2006), 2012 (KEMMER et al., 2012), 2013 (GILLIS et al., 2013), 2015 (YEUNG et al., 2015), 2017 (MARCELLIN et al., 2017) e 2018 (SAEED et al., 2018).

Os instrumentos mais utilizados para avaliar a qualidade de vida foram: *World Health Organization Quality of Life Bref* (WHOQOL-HIV Bref) (PEREIRA; FIALHO, 2016; MARCELLIN et al., 2007; 2017), *Short Form 36* (SF – 36) (THEIN et al., 2007; FLEMING et al., 2004; GILLIS et al., 2013), *EuroQol Five Dimension Scale* (EQ-5D) (YEUNG et al., 2015; TILLMANN et al., 2006), *Visual Analogue Scales* (VAS)^(16,17) e a *Medical Outcomes Study – Short Form 36* (MOS SF-36) (YEUNG et al., 2015; THEIN et al., 2007). O quadro 11 apresenta os instrumentos utilizados nos estudos, domínios dos instrumentos relacionados à QV, além das diferentes escalas e interpretação de seus valores.

Quadro 11. Apresentação das escalas de avaliação da qualidade de vida utilizadas nos estudos sobre a qualidade de vida das pessoas que vivem com a coinfeção HIV/Hepatite C, seus domínios, escores e formas de classificação dos mesmos, Ribeirão Preto, São Paulo, 2020.

escalas	DOMÍNIOS	Escore - classificação
WHOQOL-HIV Bref	Físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade.	0 a 100 – escore de pior a melhor.
EQ-5D	Mobilidade, autocuidado, atividades habituais, dor ou desconforto, ansiedade ou depressão.	0 a 100 – escore de pior a melhor.
VAS	QV, fadiga, ansiedade, depressão.	0 a 100 – escore pior a melhor.
HQLQ	Função físico, incapacidade física, dor, percepções de saúde, vitalidade, funções sociais, incapacidade emocional, estado geral da saúde mental, bem-estar, sono, problemas de saúde, questões específicas da doença.	0 a 100 – escore de pior a melhor.
SF 36	Capacidade funcional, aspectos físicos, dor, estado geral de saúde, vitalidade, aspectos sociais, aspectos emocionais, saúde mental e percepção atual de saúde*.	0 a 100 – escore de pior a melhor.
HCSUS-HRQOL**	Capacidade física, aspectos funcionais, dor, percepções gerais de saúde, bem-estar emocional, aspectos sociais e vitalidade.	0 a 100 – escore de pior a melhor.
ACT QOL	Percepções gerais de saúde, capacidade física, aspectos funcionais, dor, aspectos sociais, saúde mental, vitalidade/fadiga e aspectos cognitivos.	0 a 100 – escore de pior a melhor.
HIV-SELT	Humor atual, diminuição física, sentimentos subjetivos, humor básico, suporte social, orientação de vida.	0 a 100 – escore de pior a melhor.
MOS SF-36	Capacidade física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, desempenho social, desempenho emocional, saúde mental, saúde física, componente físico e mental.	0 a 100 – escore de pior a melhor.

QUALITYMETRIC	Capacidade física, desempenho físico, dor corporal, saúde geral, vitalidade, desempenho social, desempenho emocional, saúde mental, saúde física, componente físico e mental, bem-estar positivo, sono/sonolência, problemas de saúde, limitações relacionadas à hepatite C crônica, problemas relacionados à hepatite C crônica.	0 a 100 – escore de pior a melhor.
MQOL-HIV	Saúde mental, desempenho físico, saúde física, suporte social, desempenho social, desempenho cognitivo, situação financeira, intimidade do parceiro, desempenho sexual e cuidados médicos.	1 a 7 – escore de pior a melhor.
EQ-5D- 3L	Mobilidade, autocuidado, atividades usuais, dor/desconforto, ansiedade ou depressão	0 a 1 – escore de pior a melhor.
NIDDK-QOL	Medidas da doença, situação psicológica, desempenho pessoal, desempenho social e percepção geral da saúde.	0 a 1 – para as medidas da doença, o escore maior indica estado ruim de saúde;

Fonte: Elaborado pela autora, 2020.

Legendas: QV- Qualidade de vida

*O item percepção atual durante o período de um ano da saúde para este instrumento não é classificado como um domínio, mas como uma questão comparativa.

** Trata-se de um instrumento derivado de outros: Medical Outcomes Study HIV e Aids Clinical Trials Group.

Os domínios ou dimensões com maior expressão nos estudos foram: aspectos mentais que estavam presente nos 13 instrumentos utilizados (100%) (PEREIRA; FIALHO, 2016; YEUNG et al., 2015; THEIN et al., 2007; KANWAL et al., 2005; KEMMER et al., 2012; TILLMANN et al., 2006; SHEINER et al., 2016; FLEMING et al., 2004; GILLIS et al., 2013; SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016; MARCELLIN et al., 2017; SAEED et al., 2018; BRAITSTEIN et al., 2005; MARCELLIN et al., 2007; VARESCON et al., 2016), aspectos físicos em 11 (84,6%) (PEREIRA; FIALHO, 2016; YEUNG et al., 2015; THEIN et al., 2007; KANWAL et al., 2005; KEMMER et al., 2012; TILLMANN et al., 2006; SHEINER et al., 2016; FLEMING et al., 2004; GILLIS et al., 2013; SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016; MARCELLIN et al., 2017; SAEED et al., 2018; BRAITSTEIN et al., 2005; MARCELLIN et al., 2007), aspectos sociais em 11

(84,6%) (PEREIRA; FIALHO, 2016; YEUNG et al., 2015; THEIN et al., 2007; KANWAL et al., 2005; KEMMER et al., 2012; TILLMANN et al., 2006; SHEINER et al., 2016; FLEMING et al., 2004; GILLIS et al., 2013; SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016; MARCELLIN et al., 2017; BRAITSTEIN et al., 2005; MARCELLIN et al., 2007; VARESCON et al., 2016), dor em 8 (61,5%) (YEUNG et al., 2015; THEIN et al., 2007; KANWAL et al., 2005; KEMMER et al., 2012; TILLMANN et al., 2006; SHEINER et al., 2016; FLEMING et al., 2004; GILLIS et al., 2013; SAEED et al., 2018; BRAITSTEIN et al., 2005) e percepção geral da saúde em 5 (38,5%) (THEIN et al., 2007; KANWAL et al., 2005; KEMMER et al., 2012; FLEMING et al., 2004; GILLIS et al., 2013; VARESCON et al., 2016).

A síntese dos estudos incluídos nesta fase da revisão, bem como suas principais características estão apresentadas no Quadro 12.

Quadro 12. Descrição dos artigos incluídos na revisão integrativa sobre qualidade de indivíduos com coinfecção HIV/aids e hepatite

C (Fase 2), Ribeirão Preto, SP, Brasil, 2020

Autores / periódico / ano / país	Delineament o do estudo	Objetivo	Total <i>n</i>	Instrument o de medida	Principais resultados	Itens bem avaliados / número de itens (limitações)
Pereira; Fialho /J Behav Med / 2016/ Portugal	Quantitativo/ Transversal	Avaliar a QV de pacientes com HIV/HCV e comparar a QV de pacientes com monoinfecção por HIV ¹	248 coinfectados HIV/HCV e 482 HIV ⁽¹⁷⁾	WHOQOL- HIV-Brief	O grupo de coinfectados mostrou significante baixa na QV em todos os domínios. Altos e significantes scores nas dimensões relacionadas aos sintomas psicológicos. Maior QV psicológica foi significativamente associada ao sexo masculino, estar em ART, e ter menos sintomas depressivos e ansiedade. Ser empregado, ser homem e ter menos sintomas somáticos, depressivos e de ansiedade estavam relacionados a maiores escores de independência da QV. Ter uma maior contagem de CD4, estar em ART e ter menos sintomas depressivos e de ansiedade foram significativamente relacionados a melhor QV quanto à relação social.	6/8 (amostra por conveniência e o tipo de estudo implica em generalizações do resultado; variáveis não avaliadas podem explicar variações adicionais na QV).
Yeung et al. / HIV Clinical	Quantitativo/ Coorte prospectivo	Examinar as mudanças na QVRS entre os pacientes	223 HIV/HCV	EQ-5D/ VAS	Pessoas com RVS ao tratamento para HCV e pessoas sem	8/11 (o número pequeno de participantes que

Trials/ 2015 / Canadá		coinfectados HIV/HCV que iniciaram o tratamento para HCV			resposta tiveram escores da VAS pré-tratamento semelhantes - 75 (IIQ: 60, 80) e 70 (IIQ: 50, 83), respectivamente. Após o ajuste, a RVS foi significativamente associada a melhores pontuações na VAS após 1 ano de acompanhamento (11,4; IC95%: 2, 21), mas não após 6 meses (5,3; IC95%: 3, 14). Os escores de utilidade em saúde melhoraram para pacientes com RVS em comparação com aqueles sem: 0,88 vs. 0,78 no primeiro ano após o tratamento e redução de dificuldades com o autocuidado (7% antes e 6% após). Relataram menos ansiedade / depressão em 1 ano (53 vs. 57%).	foram tratados, podendo não detectar diferenças para alguns resultados ou ajustes para múltiplas covariáveis).
Thein et al. / HIV Medicine / 2007 / Austrália	Quantitativo / coorte prospectiva	Examinar a função cognitiva, o humor e a QVRS em indivíduos infectados pelo HCV e HIV/HCV, e explorar as inter-relações entre esses desfechos.	15 HIV/HCV / 19 HCV	HQLQ, SF36, VAS	Sonolência (75,1 vs. 56,8; p=0.035) e sofrimento devido à infecção crônica por HCV (76,7 vs. 53,7; P=0.007) foram significativamente menores no grupo mono infectado do HCV do que no grupo coinfectado pelo HIV/HCV. Ambos os grupos apresentaram baixos escores para componentes mentais.	9/11 (estudo apresenta limitações relacionadas ao tamanho da amostra).

Kanwal et al. / Am J Gastroente-rol / 2005 / EUA	Quantitativo / Coorte	Analisar a associação entre QV de indivíduos que vivem com HIV e coinfectados HBV/HIV e HCV/HIV	168.178 HIV 13.558 HBV/HIV 34.466 HCV/HIV	HCSUS- HRQOL	Não houve diferença ($p > 0,05$) na QV entre HIV/HBV (68,5; dp 25,0), HIV apenas (72,0; dp 23,0) e HIV/HCV (70,6; dp 23,7) no início do estudo (1996); não houve diferença ($p > 0,05$) no número de dias de incapacidade entre HIV (3,1 dp 6,1) e HIV/HCV (3,1 dp 6,2). O grupo HIV e HIV/HCV relatou melhora na QV global ao longo do tempo, o que não ocorreu com o grupo HIV/HBV. Não houve diferença entre HIV, HIV/HCV e HIV/HBV na avaliação do componente físico, apresentando escore médio de 50,5 (dp 9,6) vs 49,5 (dp 9,7) vs 49,8 (dp 10,2), respectivamente, e mental (50,3 (dp 9,7) vs 49,8 (dp 9,9) vs 49,3 (dp 10,7), respectivamente - $p > 0,05$.	5/11 (grupos não são similares; não houve uma padronização para medir a exposição; a exposição foi identificada em prontuários médicos; a identificação de fatores de confundimento não ficou clara; não citou medidas adotadas para minimizar as perdas de acompanhamento)
Kemmer et al. / J Viral Hepat / 2012	Quantitativo / Coorte prospectivo	Avaliar o perfil de QVRS dos indivíduos com coinfeção HIV-HCV, bem como sua relação com os níveis de sofrimento e depressão dos sujeitos	329 HIV/HCV	ACTG QOL PRO	Passo 1. Indivíduos sem tratamento prévio para HCV - Obtiveram média de 6,16 pontos a menos na função social comparado aos que já realizaram tratamento ($p=0,02$). A pontuação média geral da QVRS diminuiu 6,26 pontos por semana.	7/11 (não apresentou limitações)

					<p>Passo 2. Avaliou-se a QV de sujeitos que não tiveram resposta viral precoce - o sexo foi significativamente relacionado à função física ($p=0,04$) e ao escore de dor ($p=0,04$) – 13,16 pontos menos na função física e 12,22 pontos menos em relação aos homens</p> <p>Passo 3. Avaliou a QV de sujeitos que tiveram resposta viral precoce – O tratamento para o HCV prévio esteve significativamente relacionado à QVRS geral, social, cognitiva escores mentais e energéticos. O tratamento do HCV nos indivíduos não tratados anteriormente obteve média de 67,61, 10,65, 8,59, 8,32 e 11,83 pontos inferiores nas dimensões de QVRS acima mencionadas em relação aos sujeitos que já realizaram o tratamento, respectivamente. O estado geral de saúde, a função e os escores de dor aumentaram em média 0,33 ($p=0,02$), 0,08 ($p=0,002$), 0,08 ($p=0,02$) e 0,07 ($p=0,01$) pontos semanais.</p>	
--	--	--	--	--	--	--

Tillmann et al. / Eur J Med Res / 2006 / Alemanha	Quantitativo / Retrospectiv o	Descrever a QV dos coinfectados HIV/HCV e infectados com HIV	35 Anti-HCV + / 154 Anti-HCV -; 23 HCV-RNA + / 10 HCV- RNA; Todos viviam com HIV	HIV-SELT e EQ-5D	Pacientes com anti-HCV positivo tinham qualidade de vida pior ($p < 0,05$) em todas as dimensões quando comparados aos casos negativos. HIV-SELT Humor atual: $59,1 \pm 24,7$ vs $73,9 \pm 22,9$ Diminuição física: $57,6 \pm 21,9$ vs $65,0 \pm 21,1$ Sentimentos subjetivos: $48,6 \pm$ $26,4$ vs $59,7 \pm 26,2$ Humor básico: $53,5 \pm 24,5$ vs $67,9 \pm 22,4$ Suporte social: $60,0 \pm 25,7$ vs $73,1 \pm 21,0$ Orientação de vida $42,5 \pm 26,7$ vs $58,7 \pm 25,8$ Escore total: $53,5 \pm 19,1$ vs $66,4 \pm 17,4$ EQ-5D/VAS: $59,3 \pm 22,2$ vs $71,0 \pm 19,6$.	7/10 (não é possível saber se os grupos foram combinados adequadamente para comparação; identificação de fatores de confundimento não foi explicitada, nem estratégias para lidar com os mesmos).
Scheiner et al. / Medicine / 2016 / Áustria	Quantitativo/ Retrospectiv o	Investigar o impacto das terapias livres de IFN e ribavirin (RBV) na QVRS e na fadiga de pessoas com Hepatite C	33 HIV/HCV	SF-36	Início do estudo: Duas dimensões globais da QVRS (física e mental) foram significativamente prejudicadas quando comparadas a uma população saudável - $41,4 \pm 9,7$ e $38,5 \pm 6,1$ pontos, respectivamente. A saúde física melhorou significativamente durante a terapia sem IFN/RBV	7/10 (a principal limitação do estudo foi seu desenho retrospectivo e o número limitado da amostra).

					(47,0±11,2; P<0,01). Essa melhora foi sustentada 3 meses após o tratamento (45,8±12,7; P<0,01 – comparado ao inicial). Em contraste, a saúde mental não apresentou mudança estatisticamente significativa durante o tratamento (39.1±5.7; P=0.58) e nem após o mesmo (40.4±7.9; P=0.22). Três subescalas melhoraram significativamente em relação à QV: dor corporal (início: 42.9±11.0; após tratamento: 49.2±14.5; P<0.01, saúde geral (início: 37.4±8.1; após tratamento: 41.4±9.9; P=0.01), emocional (início: 30.7±13.5; após trat.: 38.5±15.7; P<0.01. Houve uma deterioração significativa da subescala de saúde mental do início do tratamento (42,4±7,4) para o meio do tratamento (39,8±8,4; P=0,05) e para após o tratamento (37,9±7,4; P<0,01).	
Fleming et al. / Clinical Infectious Diseases / 2004 / EUA	Quantitativo / Transversal	Avaliar o QVRS de pacientes coinfectados pelo HIV/HCV e comparar com pacientes infectados apenas	136 HIV/HCV / 110 HCV / 53 HIV	QualityMetric	A QVRS foi estatisticamente semelhante para pacientes infectados apenas com HCV, apenas com HIV, ou com coinfeção do HIV/HCV nas 8 subescalas do questionário SF-	6/8 (os questionários não foram auto- administrados, baseou-se na revisão de

		com HIV ou HCV apenas. Também avaliou-se o impacto da coinfeção para a QVRS e as variáveis que contribuíram para tal			36 e nos dois escores de saúde física e mental.	prontuários para determinar diagnóstico passado e depressão, podendo ter sido classificados incorretamente e a análise transversal não aborda questões de relação causal entre variáveis e QVRS).
Gillis et al. / Qual Life Res / 2013 / Canadá	Quantitativo / Coorte	Comparar as características sociodemográficas e psicossociais dos indivíduos coinfectados HBV/HIV e HCV/HIV com indivíduos monoinfectados com HIV	964 HIV e 112 HIV-HCV e 147 HIV/HBV	MOS SF-36	A QV em indivíduos com HIV foi avaliada quanto aos componentes físico e mental, sendo mostradas em medianas: 51,5(IIQ 45,0-55,4) e 48;9 (IIQ 36,8-55,9), respectivamente; em indivíduos com HIV/HCV, tais componentes apresentaram as seguintes medianas: 48,1(IIQ 36,9-52,8) e 44,6(IIQ 34,6-54,0). O componente físico apresentou diferença estatisticamente significativa entre os grupos e componente mental não. Na análise univariada, a coinfeção n apresentou associação estatisticamente significativa com a menor qualidade de vida física	7/11 (grupos não são similares; não houve uma padronização para medir a exposição; não citou medidas adotadas para minimizar as perdas de acompanhamento).

					e com a menor qualidade de vida mental - 4,08; $p < 0,0001$ e 20,28; $p = 0,04$, respectivamente.	
Sabouri; Delavar; Jabbari / Nigerian Medical Journal / 2016 / Irã	Quantitativo / Transversal	Comparar a QV de monoinfectados por HIV e coinfectados HIV/HCV.	HIV/HCV 131 / HIV 83	MQOL-HIV	O escores de QV foram menores nos coinfectados pelo HIV/HCV nos domínios funcionamento físico ($14,32 \pm 4,69$ vs. $16,10 \pm 4,81$; $P \leq 0,008$) e apoio social ($12,88 \pm 4,85$ vs. $14,31 \pm 5,13$; $P \leq 0,040$) em comparação com aqueles com monoinfecção do HIV. Na saúde física, o grupo de HIV monoinfectado apresentou menor escore médio ($12,20 \pm 4,68$ vs. $13,48 \pm 3,10$; $P \leq 0,032$) que os coinfectados HIV/HCV.	3/8 (o número de participantes UDI e em situação de vulnerabilidade econômica pode comprometer a resposta dos participantes).
Marcellin et al. / European Journal of Gastroenterology & Hepatology / 2017 / França	Quantitativo / Coorte	Determinar a associação entre raiva e dimensões QV nesta população.	536 HIV/HCV	WHOQOL-HIV BREF	Saúde física: 14 (IIQ 11–16) Saúde mental: 14.4 (IIQ 12–16.8) Nível de independência: 14 (IIQ 11–17) Relações sociais 14 (IIQ 11–17) Ambiente: 14.5 (IIQ 12.5–17) Espiritualidade/religião/crenças pessoais: 14 (IIQ 12–16).	8/12 (Este estudo é limitado por seu desenho transversal, que não permitiu uma exploração das relações temporais entre raiva e QV).
Saeed et al. / Jour of Viral Hepatitis / 2018 / Canadá	Quantitativo / Coorte	Investigar o impacto da terapia antiviral de ação direta (DAA) bem sucedida na QV	227 HIV/HCV	EQ-5D- 3L (0 a 1) e EQ VAS (0 a 100)	210 alcançaram uma RVS. No início do tratamento, o estado de saúde atual (EQ VAS) foi de mediana 70 (IIQ 60, 80) e o	9/12 (Realizou-se suposições de que nenhum outro fator exógeno,

		de uma coorte de indivíduos coinfectados com HIV/HCV.			escore de utilidade (EQ-5D- 3L) foi de mediana 0,8 (IIQ 0,7, 1,0). Dos cinco estados de saúde, ansiedade/depressão e dor/desconforto moderados a extremos foram os mais prevalentes (45% e 60%, respectivamente).	além do tratamento, teve impacto QVRS, fato que não pode ser verificado. Utilização de apenas um instrumento, enquanto outros ensaios clínicos utilizam mais de um).
Braitstein et al. / AIDS Care / 2005 / Canadá	Quantitativo / Caso Controle	Investigar o impacto adicional da infecção por hepatite C na QV, depressão e fadiga entre indivíduos HIV-positivos em um Programa de Tratamento de Drogas em HIV/AIDS de base populacional.	484 HIV +, dos quais 105 HCV +	MOS - SF	Pacientes coinfectados relataram pior qualidade de vida que os monoinfectados por HCV. Pontuação de dor (mediana, IIQ) 43 (29-57) vs 60 (29-100) p<0.001 / Desempenho físico (média) 37 vs 52 p=0.004 / Função física (mediana, IIQ) 63 (33-83) vs 83 (67-100) p<0.001 / Função social (mediana, IIQ) 60 (40-80) vs 80 (60-100) p=0.003 / Saúde mental (mediana, IIQ) 52 (40-68) vs 64 (48-80) p<0.001 / Percepção de saúde (medi, IIQ) 42 (25-58) vs 50 (29-71) p=0.002.	8/10 (Coleta de dados realizada em tempos diferentes limitou conclusões firmes deste estudo, não houve dados clínicos sobre o status do HCV na população, limitando a interpretação dos dados).
Marcellin et al. / HIV Clinical Trials / 2007 / França	Quantitativo / Transversal	Analisar o impacto da fadiga autorreferida e dos sintomas depressivos na QV	115 HIV/HCV	WHQOL-HIV	Na análise univariada, a depressão e a fadiga apresentaram fortes correlações negativas com todas as seis	6/8 (os pacientes que participaram da pesquisa sofreram de

		dos pacientes coinfectados com HIV/HCV que não recebem terapia anti-HCV.			dimensões da QV (-0,59; -0,59; -0,65; -0,49; -0,47 para depressão) e (-0,74; -0,68; 0,83; -0,60; 0,50 para fadiga. As análises multivariadas ajustadas para características sociodemográficas e uso de álcool ou drogas mostraram que altos escores de fadiga e sintomatologia depressiva foram independentemente associados a QV prejudica psicológica e nível de independência (-0,01 e 0,47 –fadiga e depressão para QV – psicológica / -0,01 e 0,33 – fadiga e depressão – nível de independência).	depressão ou outro distúrbio psicológico que os pacientes que não participaram, possibilitando vieses e o desenho transversal que não permite a análise de interações entre fadiga e depressão).
Varescon et al. / Transplantation Research Journal / 2016 / França	Quantitativo / Transversal	Testar as hipóteses de que os pacientes coinfectados, em uma análise transversal, têm escores de ansiedade e depressão significativamente maiores e menor QV autorreferida e apoio social do que os pacientes com HCV.	13 HIV/HCV e 15 HCV	NIDDK- QOL	Os pacientes com HIV/HCV relataram maior gravidade dos sintomas físicos (média 46,5(4,3) vs 31,6 (11,9) $p<0,05$) e psicológicos (média 12,6(12,3) vs 9,5(3,6) $p=0,05$) do que os pacientes com HCV. Em pacientes coinfectados pelo HIV/HCV, a ansiedade esteve associada à alta gravidade dos sintomas físicos e psicológicos ($r=.61$; $p<0,05$ e $r=.75$; $p<0,01$), enquanto a depressão esteve associada a funções sociais ruins ($r=.76$; $p<0,01$).	6/8 (o tamanho pequeno da amostra, número de variáveis e as múltiplas comparações limitaram a capacidade da análise estatística).

Legenda: QV – Qualidade de vida; QVRS – Qualidade de vida Relacionada à Saúde; HIV – Virus da Imunodeficiência Humana; HBV – Vírus da Hepatite B; HCV – Vírus da Hepatite C; IIQ – intervalo interquartil; RVS – Resposta Viroológica Sustentada.

4.2.3 Avaliação metodológica dos estudos

No que concerne à avaliação qualitativa metodológica dos estudos incluídos na Fase 1 revisão (HIV/hepatite B), a partir do checklist do JBI, verifica-se que dois estudos tiveram mais de 50% de itens bem avaliados (Quadro 13). Quanto aos estudos incluídos na Fase 2 (HIV/hepatite C), verificou-se que 11 artigos tiveram 70% ou mais de itens bem avaliados (Quadro 14).

Quadro 13. Avaliação metodológica dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a qualidade da vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite B segundo as questões dos checklists de avaliação crítica propostos pelo *The Joanna Briggs Institute*.

Artigo	Questões											Total de itens bem avaliados
	Sim (S) Não (N) Pouco claro (U) Não se aplica (NA)											
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	
KANWAL et al., 2005*	S/N	N	U	N	N	NA	S	S	S	U	S	5/11 (45,4%)
TILLMAN et al., 2006**	S	U	S	S	S	N	N	S	S	S	-	7/10 (70,0%)
GUILLIS et al., 2013*	S/N	N	N	S	S	NA	S	S	S	N	S	7/11 (63,3%)

*Questões do instrumento JBI/estudo de coorte, critical appraisal: Q1. Were the two groups similar and recruited from the same population? (duas perguntas em uma só) Q2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups? Q3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? Q4. Were confounding factors identified? Q5. Were strategies to deal with confounding factors stated? Q6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)? Q7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? Q8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur? Q9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored? Q10. Were strategies to address incomplete follow up utilized? Q11. Was appropriate statistical analysis used? (Q1. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados na mesma população? (duas perguntas em uma só) Q2. As exposições foram medidas de forma semelhante para designar as pessoas a grupos expostos e não expostos? Q3. A exposição foi medida de forma válida e confiável? Q4. Fatores de confusão foram identificados? Q5. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? Q6. Os grupos/participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)? Q7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável? Q8. O tempo de acompanhamento foi relatado e longo o suficiente para que os resultados ocorressem? Q9. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, os motivos da perda no acompanhamento foram descritos e explorados? Q10. Foram utilizadas estratégias para lidar com o acompanhamento incompleto? Q11. Foi usada uma análise estatística apropriada?)

**Questões do instrumento JBI/estudo retrospectivo (caso controle), critical appraisal: Q1. Were the groups comparable other than the presence of disease in cases or the absence of disease in controls? Q2. Were cases and controls matched appropriately? Q3. Were the same criteria used for identification of cases and controls? Q4. Was exposure measured in a standard, valid and reliable way? Q5. Was exposure measured in the same way for cases and controls? Q6. Were

confounding factors identified? Q7. Were strategies to deal with confounding factors stated? Q8. Were outcomes assessed in a standard, valid and reliable way for cases and controls? Q9. Was the exposure period of interest long enough to be meaningful? Q10. Was appropriate statistical analysis used? (Os grupos eram comparáveis, exceto pela presença de doença nos casos ou ausência de doença nos controles? Q2. Os casos e controles foram combinados adequadamente? Q3. Os mesmos critérios foram usados para identificação de casos e controles? Q4. A exposição foi medida de forma padrão, válida e confiável? Q5. A exposição foi medida da mesma forma para casos e controles? Q6. Fatores de confusão foram identificados? Q7. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? Q8. Os resultados foram avaliados de forma padronizada, válida e confiável para casos e controles? Q9. O período de exposição de interesse foi longo o suficiente para ser significativo? Q10. Foi usada uma análise estatística apropriada?)

Quadro 14. Avaliação metodológica dos estudos incluídos na revisão integrativa sobre a qualidade da vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite C segundo as questões dos checklists de avaliação crítica propostos pelo *The Joanna Briggs Institute*.

Artigo	Questões											Total de itens bem avaliados
	Sim (S) Não (N) Pouco claro (U) Não se aplica (NA)											
	Q1	Q2	Q3	Q4	Q5	Q6	Q7	Q8	Q9	Q10	Q11	
PEREIRA; FIALHO, 2016**	S	S	S	S	N	U	S	S	-	-	-	6/8 (75,0%)
YEUNG et al., 2015*	S/S	S	S	N	U	S	S	S	S	NA	S	8/11 (72,7%)
THEIN et al., 2007*	S/S	S	S	U	S	S	S	S	S	U	S	9/12 (75,0%)
KANWAL et al., 2005*	S/S	N	U	N	N	NA	S	S	S	U	S	5/11 (45,5%)
KEMMER et al., 2012*	NA	NA	S	S	S	S	S	S	S	NA	S	7/8 (87,5%)
TILLMANN et al., 2006***	S	U	S	S	S	N	N	S	S	S	-	7/10 (70,0%)
SCHEINER et al., 2016***	S	S	S	S	S	N	N	S	U	S	-	7/10 (70,7%)
FLEMING et al., 2004**	S	S	S	S	N	N	S	S	-	-	-	6/8 (75,0%)
GILLIS et al., 2013*	S/S	N	N	S	S	NA	S	S	S	N	S	7/11 (63,6%)
SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016**	S	U	S	S	N	N	U	U	-	-	-	3/8 (37,5%)
MARCELLIN et al., 2017**	S	S	S	N	N	S	S	S	S	NA	S	6/10 (60,0%)
SAEED et al., 2018*	S/S	S	S	U	U	S	S	S	S	S	S	9/12 (75,0%)

BRAITSTEIN et al., 2005***	S	S	S	S	S	N	N	S	S	S	-	8/11 (72,7%)
MARCELLIN et al., 2007**	S	S	S	S	N	N	S	S	-	-	-	6/8 (75,0%)
VARESCON et al., 2016**	S	S	S	S	N	N	S	S	-	-	-	6/8 (75,0%)

*Questões do instrumento JBI/estudo de coorte, critical appraisal: Q1. Were the two groups similar and recruited from the same population? (duas perguntas em uma só) Q2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups? Q3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? Q4. Were confounding factors identified? Q5. Were strategies to deal with confounding factors stated? Q6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)? Q7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? Q8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur? Q9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored? Q10. Were strategies to address incomplete follow up utilized? Q11. Was appropriate statistical analysis used? (Q1. Os dois grupos eram semelhantes e recrutados na mesma população? (duas perguntas em uma só) Q2. As exposições foram medidas de forma semelhante para designar as pessoas a grupos expostos e não expostos? Q3. A exposição foi medida de forma válida e confiável? Q4. Fatores de confusão foram identificados? Q5. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? Q6. Os grupos/participantes estavam livres do desfecho no início do estudo (ou no momento da exposição)? Q7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável? Q8. O tempo de acompanhamento foi relatado e longo o suficiente para que os resultados ocorressem? Q9. O acompanhamento foi completo e, em caso negativo, os motivos da perda no acompanhamento foram descritos e explorados? Q10. Foram utilizadas estratégias para lidar com o acompanhamento incompleto? Q11. Foi usada uma análise estatística apropriada?)

**Questões do instrumento JBI/estudo transversal, critical appraisal: Q1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined? Q2. Were the study subjects and the setting described in detail? Q3. Was the exposure measured in a valid and reliable way? Q4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition? Q5. Were confounding factors identified? Q6. Were strategies to deal with confounding factors stated? Q7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way? Q8. Was appropriate statistical analysis used? (Q1. Os critérios de inclusão na amostra foram claramente definidos? Q2. Os sujeitos do estudo e o ambiente foram descritos em detalhes? Q3. A exposição foi medida de forma válida e confiável? Q4. Foram usados critérios objetivos e padronizados para a medição da condição? Q5. Fatores de confusão foram identificados? Q6. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? Q7. Os resultados foram medidos de forma válida e confiável?? Q8. Foi usada uma análise estatística apropriada?)

***Questões do instrumento JBI/estudo retrospectivo (caso controle), critical appraisal: Q1. Were the groups comparable other than the presence of disease in cases or the absence of disease in controls? Q2. Were cases and controls matched appropriately? Q3. Were the same criteria used for identification of cases and controls? Q4. Was exposure measured in a standard, valid and reliable way? Q5. Was exposure measured in the same way for cases and controls? Q6. Were confounding factors identified? Q7. Were strategies to deal with confounding factors stated? Q8. Were outcomes assessed in a standard, valid and reliable way for cases and controls? Q9. Was the exposure period of interest long enough to be meaningful? Q10. Was appropriate statistical analysis used? (Os grupos eram comparáveis, exceto pela presença de doença nos casos ou ausência de doença nos controles? Q2. Os casos e controles foram combinados adequadamente? Q3. Os mesmos critérios foram usados para identificação de casos e controles? Q4. A exposição foi medida de forma padrão, válida e confiável? Q5. A exposição foi medida da mesma forma para casos e controles? Q6. Fatores de confusão foram identificados? Q7. Foram estabelecidas estratégias para lidar com fatores de confusão? Q8. Os resultados foram avaliados de forma padronizada, válida e confiável para casos e controles? Q9. O período de exposição de interesse foi longo o suficiente para ser significativo? Q10. Foi usada uma análise estatística apropriada?).

5. Discussão

5.1 Fase 1 - Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfeção HIV/Hepatite B

A avaliação da QV deve sobressaltar as explicações relacionadas à presença ou ausência de estados negativos de saúde, sintomas ou limitações funcionais. É preciso inserir as concepções do indivíduo afetado e verificar se os resultados das intervenções e tratamentos no cuidado à saúde beneficiam a vida diária, aliviam o estresse, restauram funções e previnem incapacidades. Para isso, utilizam-se instrumentos para medir conceitos de saúde que retratem os valores humanos relevantes à funcionalidade e ao bem-estar (WARE JUNIOR, 1990; FERREIRA, 2000).

No que concerne aos achados desta revisão, quatro instrumentos foram utilizados, o HCSUS-HRQOL, instrumento elaborado pelo grupo de pesquisa *RAND Company* (USA), que possui 10 dimensões (funcionamento físico, papel funcional, dor, percepções gerais de saúde, bem-estar emocional, funcionamento social, energia e fadiga, dias de incapacidade, saúde geral, qualidade geral de vida) (KANWAL et al. 2005). Um estudo utilizou dois instrumentos, o HIV-SELT, construído por um grupo de pesquisadores alemães, com seis dimensões (humor atual, deficiências físicas, sentimento subjetivo, humor básico, suporte social, orientação para a vida) e o EQ-5D, instrumento construído por pesquisadores de sete países europeus, que possui cinco dimensões (atividades habituais, mobilidade, ansiedade/depressão, cuidados pessoais, dor/desconforto) (TILLMANN et al., 2006). O último instrumento diz respeito ao MOS SF-36, também desenvolvido pela *RAND Company*, que é constituído de oito dimensões (função física, desempenho físico, dor física, saúde geral, saúde mental, desempenho emocional, função social, vitalidade) (GUILLIS et al., 2012).

O uso de instrumentos diferentes nos três estudos impede uma síntese quantitativa de seus resultados, pois diferem em suas dimensões, ainda que abordem qualidade de saúde física e mental. No entanto, a avaliação de diferentes domínios permite a verificação das dimensões nas quais os tratamentos serão efetivos, direcionando as medidas terapêuticas adequadamente e também diminuindo custos em saúde (THE WHOQOL GROUP, 1995). Nas avaliações realizadas em dois estudos, escores próximos

a 50 (dentro de um intervalo possível de zero a 100) foram encontrados em relação aos componentes físico e mental (KANWAL et al. 2005; GUILLIS et al., 2012). Quando avaliado por dimensão, os piores escores médios (também próximos a 50) estiveram relacionados ao funcionamento físico e sentimentos subjetivos (TILLMANN et al., 2006). Isso mostra que tanto a parte física, como a parte mental da qualidade de vida pode ser prejudicada em função da coinfeção HIV/HBV.

Na comparação da QV dos coinfectados HIV/hepatite B com os indivíduos monoinfectados pelo HIV, não foi observada diferença entre eles (KANWAL et al. 2005; GUILLIS et al., 2012). Ou seja, a coinfeção não piora a qualidade de vida de indivíduos com HIV. No entanto, ao longo de três anos, houve melhora na QV dos indivíduos com monoinfeção pelo HIV e também na coinfeção HIV/Hepatite C (KANWAL et al. 2005). Uma das hipóteses explicativas para essa ocorrência está no fato de as pessoas com hepatite B ainda não dispuserem de tratamento que conduza à cura da doença, nem mesmo do HIV e, por isso, vão acumulando complicações clínicas decorrentes de coinfeções, como a cirrose hepática e o hepatocarcinoma.

Os artigos incluídos no estudo ainda abordam alguns comportamentos que ajudam na melhora da QV dos coinfectados HIV/Hepatite B, tais como a maior propensão em reportar depressão e doenças que indicam a progressão do HIV para a aids; e o acompanhamento contínuo ao longo do tempo (KANWAL et al. 2005), o qual também é reportado por estudo de Marcellin et al., 2011 quando destaca a importância de seguimento periódico, que abra possibilidades para as pessoas expressarem sobre o cotidiano e os desafios de estarem acometidas por ambas infecções (HIV/HBV), ou seja, o acolhimento e escuta qualificada são relevantes na diminuição dos efeitos psíquicos negativos para o adequado manejo da coinfeção.

Outro comportamento que pode ter impactado positivamente na QV desta população diz respeito à adesão ao tratamento (GUILLIS et al., 2012) e ao sucesso das TARV, aumentando também o tempo de taxa virológica adequada e retardando a progressão do HIV (MCNICHOLL, 2008; MARCELLIN et al., 2011). Tais eventos devem ser incentivados pela equipe de saúde e, principalmente a equipe de enfermagem, uma vez que auxiliam na melhoria do bem estar físico e emocional pessoas que vivem com a coinfeção, contudo,

para isso, é necessário um aconselhamento com escuta ativa e comunicação efetiva, estabelecimento de relação de confiança e de intervenções que promovam a continuidade do cuidado (KIM et al., 2015).

Cabe ainda discutir as limitações dos artigos e, dentre elas, destaca-se a falta de clareza na possibilidade de comparação entre os grupos estudados. Além disso, os estudos fazem parte de outros que tem como população de referência os indivíduos com HIV e não os coinfectados, além de não terem apresentado cálculo amostral, tornando difícil julgar a representatividade do estudo perante suas populações. Na análise dos dados, dois estudos (KANWAL et al. 2005; TILLMANN et al., 2006) não se atentam à identificação de variáveis de confundimento que podem não mostrar a real QV dos indivíduos coinfectados.

Os estudos pontuaram informações sobre a QV de indivíduos com coinfecção HIV/Hepatite B, no entanto, como limitação, é importante destacar que foram encontrados poucos artigos que abordaram a temática, mesmo diante de uma busca ampla em diversas bases de dados e utilizando vocabulários controlados e livres. Por isso, julga-se importante o desenvolvimento de pesquisas relacionadas ao tema em questão, uma vez que, diante de poucos resultados da literatura, respostas inconsistentes sobre os desafios que envolvem a QV das pessoas que vivem com coinfecção HIV/Hepatite B podem ser suscitadas.

Além da escassez de materiais encontrados, destaca-se que a avaliação metodológica dos mesmos, por meio dos instrumentos da JBI, revelou que dois artigos obtiveram entre 60 e 70% de itens bem avaliados, ou seja, estudos que avancem na perspectiva de melhores delineamentos do plano metodológico para evidências mais robustas contribuíram com conhecimentos para a avaliação e inovações nas práticas e políticas de saúde que contemplem o manejo da coinfecção.

Há que se refletir sobre o escasso número e a qualidade metodológica de artigos identificados na abordagem QV na perspectiva da coinfecção HIV/Hepatite B, uma vez que existe uma importante tecnologia de prevenção - que é a vacinação contra a hepatite B, bem como pelo possível impacto epidemiológico da hepatite B em áreas geográficas específicas/vulneráveis, que poderiam explicar a baixa visibilidade e pouco investimento em pesquisas que contemplem o objeto em questão. Contudo, vale reiterar a relevância da temática

do ponto de vista das dimensões afetadas da QV entre as pessoas coinfectadas com a finalidade de instrumentalizar a organização dos serviços de saúde e a qualidade da assistência prestada, diante da complexidade que envolve o manejo e o seguimento clínico-terapêutico de ambas as doenças.

5.2 Fase 2 - Qualidade de vida das pessoas que vivem com coinfecção HIV/Hepatite C

A QV é uma forma importante de investigar a saúde de pessoas infectadas por HIV e suas coinfecções, de tal forma que 13 instrumentos (escalas) foram identificados na avaliação de indivíduos com coinfecção HIV/Hepatite C, os quais abordavam diferentes domínios da QV com itens relacionados a aspectos físicos, mentais e de independência, por exemplo. Observa-se, a partir da variedade de instrumentos, o interesse por monitorar e compreender a QV deste grupo populacional, o qual é essencial para o direcionamento de ações, intervenções em todos os níveis de atenção e para o planejamento de políticas públicas específicas e assertivas para o coinfectados HIV/Hepatite C (COSTA; OLIVEIRA; FORMOZO, 2015).

A QV é um elemento de medida clínica para avaliar os efeitos de viver com condições crônicas de saúde e, por isso, estes instrumentos norteiam a compreensão dos problemas vivenciados pelas pessoas coinfectadas, as quais apresentam duas condições crônicas que requerem a provisão de cuidados apropriados e contínuos, a partir de percepções das pessoas acerca de seu status de saúde, bem como em relação às áreas de suas vidas afetadas pelas doenças (KANWAL et al., 2005; MARCELLIN et al., 2007; PEREIRA; FIALHO, 2016;). Contudo, os instrumentos devem ser analisados antes de aplicados, tendo em vista que alguns podem possuir limites na mensuração, pois a avaliação é numérica, implicando em pontuações e não na descrição da QV das pessoas, sendo considerados menos sensíveis⁽³¹⁾. Além disso, instrumentos como VAS e SF-36 não incluem alguns domínios/variáveis, como componentes cognitivos por exemplo (THEIN et al., 2007; KEMMER et al., 2012).

Um dos estudos sinalizou que a auto aplicação dos questionários ou aplicação por uma pessoa, ainda que treinada, poderia induzir a respostas mais confortáveis para os participantes; outro estudo observou a necessidade de garantir que todas as questões sejam respondidas para não afetar os resultados

(FLEMING et al., 2004; GILLIS et al., 2012). Em relação às limitações de alguns instrumentos, propôs-se a utilização de múltiplos a fim de possibilitar uma análise mais fidedigna e completa (SAEED et al., 2018).

Em artigo que comparou a coinfecção HIV/hepatite C e monoinfecção por HIV, identificou-se baixa QV em todos os domínios para coinfectados, a média em uma escala de 0 a 100 foi de 49,85, enquanto para monoinfectados o valor foi de 58,18 (PEREIRA; FIALHO, 2016). Em outros estudos, a dimensão física (BRAITSTEIN et al., 2005; SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016) e a dor (BRAITSTEIN et al., 2005) em portadores de HIV/Hepatite C apresentaram menores escores médios quando comparados com monoinfectados. Dois estudos compararam a QV de coinfectados HIV/Hepatite C com monoinfectados por Hepatite C ^(19,31), mas em apenas um destes identificou-se diferença entre os grupos (VARESCON et al., 2016). Tal diferença foi observada em relação aos sintomas físicos, sendo piores nos coinfectados e com escores indicando maior gravidade (VARESCON et al., 2016).

Pereira & Fialho (2016) verificaram que as diferenças nos escores foram maiores nas dimensões físicas (incluindo aspectos relacionados à vitalidade e fadiga) e no nível de independência, sendo as dificuldades significativamente maiores nos coinfectados. Esse resultado é compreensível, uma vez que, apesar de o fígado constituir-se no reservatório para o HCV, suas manifestações clínicas não estão limitadas a este órgão, incluindo sintomas extra-hepáticos, como artralgia e fibromialgia, os quais contribuem para a morbidade de pessoas com Hepatite C (KEMMER et al., 2012; SHEINER et al., 2016) e, conseqüentemente, impactando na QV das pessoas.

Em outros artigos, observou-se melhora na QV dos coinfectados após o tratamento da hepatite C (MARCELLIN et al., 2007; KEMMER et al., 2012; YEUNG et al., 2015; SHEINER et al., 2016; MARCELLIN et al., 2017), principalmente nos aspectos físicos das pessoas com Resposta Viroológica Sustentada (RVS) (autocuidado -7% de dificuldade antes e 6% após o tratamento; atividades habituais - 34% de dificuldades antes e 25% após o tratamento, como exemplo) (KEMMER et al., 2012; YEUNG et al., 2015; SHEINER et al., 2016). Em indivíduos sem RVS, observou-se piora nos aspectos físicos (11,83 pontos a menos) (KEMMER et al., 2012) e na QV no geral, com declínio nos escores estudados (SHEINER et al., 2016).

O tratamento, inicialmente, não mostrou benefícios na percepção de saúde dos indivíduos, contudo, observou-se melhora com a continuidade do mesmo, seguido de resposta soroviológica (KEMMER et al., 2012; SAEED et al., 2018). O tratamento para a hepatite C é indicado para todas as pessoas com a doença crônica e deve ser priorizado naquelas que apresentem doença hepática avançada, coinfeção com HIV, além das situações que envolvem fadiga incapacitante e com alto risco de transmissão. Portanto, é importante a articulação do cuidado a fim de proporcionar acesso ao tratamento (MARCELLIN et al., 2007; SHEINER et al., 2016).

Além do tratamento da hepatite C, Flemming et al. (2004) verificaram que estar em terapia para o HIV com antirretroviral contribui para a melhora da QV da população coinfectada. A combinação das terapias antivirais (HIV/HCV) induz a uma reconstituição imunológica, revertendo um prognóstico não favorável para os portadores do HCV vivendo com HIV (PEREIRA; FIALHO, 2016). O tratamento também foi associado a uma melhora no domínio físico da QV de indivíduos coinfectados, observando efetividade e bons resultados quando em uso dos antirretrovirais. Portanto, a adesão terapêutica é importante para obtenção da carga viral indetectável do HIV, melhor QV e expectativa de vida (FLEMING et al., 2004; KANWAL et al., 2005; YEUNG et al., 2015; SAEED et al., 2018).

Verificou-se também incrementos na dimensão mental após o tratamento da hepatite C (MARCELLIN et al., 2007; KEMMER et al., 2012; YEUNG et al., 2015; SHEINER et al., 2016; MARCELLIN et al., 2017) e, principalmente, no que diz respeito à depressão e ansiedade (KEMMER et al., 2012; YEUNG et al., 2015). Indivíduos sem tratamento para a hepatite C apresentaram queda na função social quando não tratados, a qual está ligada a aspectos mentais (KEMMER et al., 2012). A saúde mental dos coinfectados HIV/Hepatite C apresentou resultados prejudicados (SHEINER et al., 2016; MARCELLIN et al., 2017) e piora quando as pessoas acometidas não possuíam suporte para trabalhar aspectos de raiva e também quando apresentavam mais sintomas depressivos e fadiga (MARCELLIN et al., 2007; 2017).

A saúde mental (GILLIS et al., 2012), o suporte social (SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016) e os aspectos relacionados aos sentimentos pessoais e orientação de vida (TILLMANN et al., 2006) também receberam uma

pior avaliação das pessoas coinfectadas em comparação com as monoinfectadas pelo HIV. Escores médios para saúde mental, percepção de saúde e função social também foram menores entre coinfectados quando comparados aos monoinfectados pela Hepatite C (BRAITSTEIN et al., 2005). Outro estudo também identificou diferença entre esses grupos em relação a sintomas psicológicos (VARESCON et al., 2016), mostrando que a coinfecção das condições estudadas desfavorecem a saúde e bem-estar e podem ser considerados fatores que potencializam a queda na QV (BRAITSTEIN et al., 2005; GILLIS et al., 2012).

As diferenças de escores que avaliam a saúde mental da população estudada sugerem que quanto antes forem identificados sintomas psicológicos e apropriadamente manejados, haverá melhora na QV destas pessoas. Destaca-se que sintomas psicológicos são reconhecidos por interferir nas atividades diárias, funções físicas, regulação emocional e relações interpessoais, interferindo também no autocuidado (BRAITSTEIN et al., 2005; TILLMANN et al., 2006; GILLIS et al., 2012; PEREIRA; FIALHO, 2016; VARESCON et al., 2016). Além disso, quando está prejudicada, a função mental pode interferir no autocuidado e, conseqüentemente, na adesão ao tratamento, resultando em resposta virológica prejudicada tanto do HCV quanto do HIV. Dessa forma, a abordagem biopsicossocial, além do cuidado clínico foi relacionada à melhora da QV, articulando a atenção à saúde aos outros profissionais/níveis de assistência (VARESCON et al., 2016).

Alguns estudos também abordaram aspectos associados à queda da QV entre os coinfectados HIV/Hepatite C, destacando comportamentos de risco como o uso de drogas injetáveis e de bebidas alcoólicas, os quais trazem malefícios tanto para a saúde física quanto mental (GILLIS et al., 2012, SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016; MARCELLIN et al., 2007; VARESCON et al., 2016; MARCELLIN et al 2017), sejam eles coinfectados ou não. Além dos comportamentos de risco, as condições biopsicossociais dos indivíduos podem ser inerentes às condições de vulnerabilidade social (BRAITSTEIN et al., 2005), as quais também estiveram associadas a menores escores de QV (BRAITSTEIN et al., 2005; MARCELLIN et al., 2007; SAEED et al, 2018).

Para lidar com as vulnerabilidades sociais das pessoas que vivem com a coinfecção, como a possibilidade do desemprego, insatisfatórias condições de

moradia, baixa renda, destaca-se a importância de políticas públicas de proteção social que permitam incrementos nas condições de vida e, conseqüentemente, na melhoria dos resultados na QV (MARCELLIN et al., 2017), uma vez que resultam em baixos escores nos domínios físicos e psicológicos (MARCELLIN et al., 2007). Portanto, as intervenções não devem focar apenas em achados clínicos, mas em aspectos que incorporem as dimensões sociais para o adequado manejo dos casos e obtenção de melhores resultados de tratamento desta população.

Algumas limitações foram observadas nos estudos, como pequeno tamanho amostral (THEIN et al., 2007; YEUNG et al., 2015; SHEINER et al., 2016; VARESCON et al., 2016) e, por isso, não se pode generalizar alguns achados. Além disso, o delineamento transversal em alguns estudos foi identificado como limitação por não abordarem a relação causal entre variáveis e QV, suas interações e explorar as relações temporais entre alguns domínios (FLEMING et al., 2004; MARCELLIN et al., 2007; PEREIRA; FIALHO, 2016; MARCELLIN et al., 2017). Destaca-se também que alguns estudos não padronizaram os grupos populacionais a serem analisados e combinados adequadamente para a comparação (KANWAL et al., 2005; TILLMANN et al., 2006; GILLIS et al., 2012). Em dois estudos a identificação da exposição ao HCV e a depressão foi identificada em prontuários, não sendo realizados exames a fim de identificar a atual carga viral ou até mesmo o atual estado mental, possibilitando vieses em dois estudos (FLEMING et al., 2004; KANWAL et al., 2005). Outra limitação encontrada foi o não esclarecimento de variáveis de confundimento, podendo ocorrer distorções nas associações analisadas (KANWAL et al., 2005; TILLMANN et al., 2006). Por fim, as medidas adotadas para minimizar as perdas no acompanhamento das pessoas coinfectadas não foram apresentadas, levando a escassez de informações sobre a QV em dois estudos (KANWAL et al., 2005; GILLIS et al., 2012).

Dentre os estudos, no que tange à avaliação metodológica, nenhum conseguiu atingir 100% de itens bem avaliados e dois deles (KANWAL et al., 2005; SABOURI; DELAVAR; JABBARI, 2016) apresentam quantidade significativa de limitações na análise dos itens propostos pelos instrumentos utilizados. No entanto, tais limitações não restringem a possibilidade de levantar

conclusões a respeito do tema estudado nesta revisão, uma vez que 11 materiais atingiram 70% ou mais de itens bem avaliados.

Quanto ao presente estudo, cabe ressaltar as seguintes limitações: esta revisão pode ter excluído da amostra estudos indexados em bases de dados não consultadas na busca bibliográfica, bem como a literatura cinzenta, as quais podem abordar outros tópicos/pontos relevantes sobre a temática.

6. Conclusões

Para o delineamento e aprimoramento de políticas públicas e da assistência de enfermagem, no intuito de atender os aspectos que duas condições crônicas simultâneas implicam na vida das pessoas, faz-se importante entender os impactos que as condições vivenciadas ocasionam, principalmente voltados aos achados verificados nesta revisão em suas duas fases.

No que concerne às implicações observadas, nota-se a prevalência de questões físicas e mentais como fatores que impedem a melhoria na qualidade de vida da população estudada. Além disso, as questões socioeconômicas desta população devem ser consideradas, pois foram associadas à algumas implicações que pioram a QV destas pessoas.

Nesse sentido, espera-se que este estudo colabore com elementos para a melhoria da QV das pessoas que vivem com a coinfeção HIV/Hepatite B, especificamente em seus componentes físico e mental, que, nos estudos incluídos nesta revisão, receberam uma avaliação próxima a 50 em escalas aplicadas de zero a 100.

Além disso, verificou-se que tal QV não difere dos indivíduos com monoinfeção HIV, no entanto, é deteriorada ao longo do tempo, desafiando, portanto, a organização dos serviços de saúde para o acompanhamento e adequada assistência às pessoas que vivem com a coinfeção pelo HIV/Hepatite B e HIV/Hepatite C, particularmente, de enfermagem, cujas ações podem contribuir para o diagnóstico oportuno, vinculação, retenção nos serviços de saúde, tratamento, recuperação e manutenção da QV das pessoas afetadas.

Diante do exposto, observa-se que a QV desta população recebe implicações relacionadas à ambas as coinfeções (HIV/hepatite B e HIV/hepatite C), verificando a presença de piora em sintomas físicos e mentais relacionados à terapêutica medicamentosa em função de efeitos adversos e que implicam na saúde física, assim como fatores comportamentais, como o uso de drogas injetáveis e ingestão de álcool, e, também o enfrentamento de estigmas e discriminações que interferem na saúde mental desta população, perpassando os efeitos de viver com doenças crônicas, infecciosas e transmissíveis. .

Os achados deste estudo reforçam que os serviços de saúde são importantes ferramentas para o manejo das implicações observadas, podendo inclusive, a partir da integralidade de ações ofertadas, impactar positivamente na

QV das pessoas que vivem com tais coinfeções, a partir de uma perspectiva assistencial mais humanizada, observando aspectos que vão além de questões clínicas, incluindo o estímulo à corresponsabilização do cuidado a partir da articulação de profissionais e serviços de saúde

Por fim, há que se refletir sobre a incorporação de estratégias que potencializem comportamentais positivos, tais como o estímulo a uma vida mais saudável, ações que permeiam a educação em saúde, de modo a instrumentalizar estas pessoas respeitando seus valores e crenças, para a adesão aos cuidados de saúde com foco no HIV e nas coinfeções, seja por hepatite B e/ou hepatite C.

Referências

ALONSO, S. G. C.; DALCHIELE, Z. A.; ROUCO, J. J. M.; FERRARI, F. C. Calidad de vida relacionada a la salud em personas com VIH y factores associados. **Revista Médica del Uruguay**, Montevideo, v. 34, n. 1, p. 7-19, oct. 2018 . Disponível em: <http://www.scielo.edu.uy/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S168803902018000100003&lng=es&nrm=iso&tlng=es>. Acesso em: 08 de jan de 2019.

ALTER, M. J. Prevention of spread of hepatitis C. **Hepatology**, v. 36, n. 5, p. 93-98, nov. 2002. Disponível em: <<https://aasldpubs.onlinelibrary.wiley.com/doi/abs/10.1053/jhep.2002.36389>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

AMORIM, P. J. F.; ABREU, I. M.; MENDES, P. M.; MOURA, M. A. P.; ARAÚJO, T. M. E.; FALCÃO, L. M. Perfil sociodemográfico e a evolução clínica dos pacientes com síndrome da imunodeficiência humana **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 13:e241310, p. 1-7, jul. 2019. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/241310>>. Acesso em: 20 set 2020.

BASTOS, F. I. Aids na terceira década. 20 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2006. 104 p.

BRAITSTEIN, P.; MONTESSORI, V.; CHAN, K.; MONTANER, J. S. G.; SCHECHTER, M. T.; O'SHAUGHNESSY, M. V.; HOGG, R. S. Quality of life, depression and fatigue among persons co-infected with HIV and hepatitis C: outcomes from a population-based cohort. **AIDS Care**, v. 17, n. 4, p. 505-15, may. 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16036236/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Hepatites Virais: o Brasil está atento. Brasília, DF, 2008. Disponível em: <https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/hepatites_virais_brasil_atento_3ed.pdf>. Acesso em: 10 mai. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de vigilância em Saúde. **Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica: manual para equipe multiprofissional**. Brasília, DF, 2017a. Disponível em: <http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/cuidado_integral_hiv_manual_multiprofissional.pdf>. Acesso em: 17 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente

Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Manual técnico de elaboração da cascata de cuidado contínuo do HIV. Brasília, DF, 2017b. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/manual-tecnico-de-elaboracao-da-cascata-de-cuidado-contínuo>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite B e coinfeções**. Brasília, DF, 2017c. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepatite_b_coinfeccoes.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite B e coinfeções**. Brasília, DF, 2017d. Disponível em:< http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/protocolo_clinico_diretrizes_terapeuticas_hepatite_b_coinfeccoes.pdf>. Acesso em 15 de janeiro de 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite B e coinfeções**. Brasília, DF, 2018. Disponível em: < <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2016/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-b-e-coinfeccoes>>. Acesso em: 19 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico HIV/Aids 2019. Brasília, DF, 2019a. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2019/boletim-epidemiologico-de-hiv-aids-2019>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para hepatite C e coinfeções**. Brasília, DF, 2019b. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-hepatite-c-e-coinfeccoes>>. Acesso em 19 ago. 2020.

BRAZIER, J.; JONES, N.; KIND, P. Testing the validity of the Euroqol and comparing it with the SF-36 health survey questionnaire. **Quality of Life Research**, v. 2, n. 3, p. 169-80, jun. 1993. Disponível em:<<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/8401453/>>. Acesso em: 26 ago. 2020.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). HIV prevention progress report, 2019. Atlanta, 2019. Disponível em: <<https://www.cdc.gov/hiv/pdf/policies/progressreports/cdc-hiv-preventionprogressreport.pdf>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

CONGRESSO BRASILEIRO DE CIÊNCIAS DE SAÚDE, II, 2017, Campina Grande. **Anais Eletrônicos**. Campina Grande: CONBRACIS, 2017. Disponível em: <http://www.editorarealize.com.br/revistas/conbracis/trabalhos/TRABALHO_EV071_MD1_SA7_ID1837_02052017193903.pdf>. Acesso em: 09 fev. 2020.

COOPER, V.; CLATWORTHY, J.; HARDING, R.; WHETHAN, J. & EMERGE CONSORTIUM. Measuring quality of life among people living with HIV: a systematic review of reviews. **Health and Quality of Life Outcomes**, Oxford, v. 15, n. 220, p. 1-20, mar. 2017. Disponível em: <<https://link.springer.com/article/10.1186/s12955-017-0778-6>>. Acesso em: 08 jan. 2020.

COSTA, T. L.; OLIVEIRA, D. C.; FORMOZO, G. A.. O setor saúde nas representações sociais do HIV/Aids e qualidade de vida de pessoas soropositivas. **Escola Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 19, n. 3, p. 475-483, ago. 2015. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ean/v19n3/1414-8145-ean-19-03-0475.p>>. Acesso em: 25 ago. 2020.

FEITOSA, M. C.; SILVA, G. R. F.; LEITE, I. R. L.; MOURA, M. E. B.; MONTEIRO, C. F. S.; PEREIRA, L. A. Aplicação do Nursing Activities Score em pacientes portadores de HIV/aids hospitalizados: relato de experiência. **Revista Mineira de Enfermagem**, Belo Horizonte, v. 17, n. 4, p. 952-58, out. 2013. Disponível em: <<http://www.reme.org.br/artigo/detalhes/898>>. Acesso em: 03 jun. 2019.

FERREIRA, V. L.; PONTAROLO, R. Contextualização e avanços no tratamento de hepatite C: uma revisão da literatura. **Visão Acadêmica**, Curitiba, v. 18, n. 1, p. 78-96, jan. 2017. Disponível em: <<https://revistas.ufpr.br/academica/article/view/51007>>. Acesso em: 17 mai. 2020.

FLEMING, C. A.; CHRISTIANSEN, D.; NUNES, D.; HEEREN, T.; THORNTON, D.; HORSBURGH, C. R.; KOZIEL, M. J.; GRAHAM, C.; CRAVEN, D. E.; Health-related quality of life of patients with hiv disease: impact of hepatitis c coinfection. **Clinical Infectious Diseases**, v. 38, n. 4, p. 572-78, feb. 2004. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/14765352/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

FONSECA, J. C. F. História natural da hepatite crônica B. **Revista da Sociedade Brasileira de medicina Tropical**, Uberaba, v. 40, n. 6, p. 672-77, nov. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0037-86822007000600015&script=sci_arttext>. Acesso em: 20 fev. 2020.

GULLIS, J.; COOPER, C.; ROURKE, S.; RUEDA, S.; O'BRIEN, K.; COLLINS, E., ET AL. Impact of Hepatitis B and C co-infection on health-related quality of life in HIV positive individuals. *Quality of Life Research*, v. 22, n. 7, p. 1525-35, oct. 2012. Disponível em: <<https://europepmc.org/article/med/23070749>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

HOPIA, H.; LATVALA, E.; LIIMATAINEN, L. Reviewing the methodology of an integrative review. **Scandinavian Journal of Caring Sciences**, v. 30, n. 4, p. 662-69, apr. 2016. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/scs.12327>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

HUTTON, J.; DOYLE, J.; ZORDAN, R.; WEILAND, T.; COCCO, A.; HOWELL, J.; ISER, S.; SNELL, J.; FRY, S.; NEW, K.; SLOANE, R.; JARMAN, M.; PHAN, S.; TRAN, S.; PEDRANA, A.; WILLIAMS, B.; JOHNSON, J.; GLASGOW, S.; THOMPSON, A. Point-of-care Hepatitis C virus testing and linkage to treatment in an Australian inner-city emergency department. **International Journal of Drug Policy**, v. 72, p. 84-90, oct. 2019. Disponível em: <<https://doi.org/10.1016/j.drugpo.2019.06.021>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

KANWAL, F.; GRALNEK, I.; HAYS, R.; DULAI, G.; SPIEGEL, B.; BOZZETTE, S.; ASCH.. Impact of chronic viral hepatitis on health-related quality of life in HIV: results from a nationally representative sample. **America Journal of Gastroenterology**, v. 100, n. 9, p. 1984-94, sep. 2005. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/16128943/>>. Acesso em: 8 jun. 2020.

KEMMER, N.; HUA, L.; ANDERSEN, J. W.; CHUNG, R. T.; BUTT, A. A.; SHERMAN, K. E. Health-related quality of life in subjects with HCV/HIV coinfection: results from ACTG 5178 Study. **Journal of Viral Hepatitis**, v. 19, n. 11, p. 792-800, nov. 2012. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/23043386/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

KIM, J. H.; KIM, Y. D.; LEE, M.; JUN, B. G.; KIM, T. S.; SUK, K. T.; KANG, S. H.; KIM, M. Y.; CHEON, G. J.; KIM, D. J.; BAIK, S. K.; CHOI, D. H. Modified PAGE-B score predicts the risk of hepatocellular carcinoma in Asians with chronic hepatitis B on antiviral therapy. **Journal of Hepatology**, Geneva, v. 69, n. 5, p. 1066-73, nov. 2018. Disponível em: <https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0168827818322748?casa_token=H-_DRrFO_gEAAAAA:aWSC9ilzGAllj_ESfJPq3sS3yNPnuv69bArrz5dgX5LQPCvXxicLXx4VhYCILtHWsRjBpDD0tgs>. Acesso em: 11 mai. 2020.

KIM, S. J.; HAN, K. T.; LEE, S.Y.; PARK, E. C. Quality of life correlation with socioeconomic status in Korean Hepatitis-B patients: a cross sectional study. *Health Quality of Life Outcomes*, v. 13, n. 55, p. 1-12, may. 2015. Disponível

em: <<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4487580/>>. Acesso em: 8 jul. 2020.

LIANG, T. J.; GHANY, M. G. Current and future therapies for hepatitis C virus. **The New England Journal of Medicine**, Waltham, v. 368, n. 20, p.1907-17, 2013. Disponível em: <<https://www.nejm.org/doi/pdf/10.1056/NEJMra1213651?articleTools=true>>. Acesso em: 13 mai. 2020.

MACHADO, A.; DANTAS, T.; DANTAS, D.; PARANÁ, R. Co-infecção HIV/HBV. **Gazeta Médica da Bahia**, Salvador, v. 76, n. 1, p. 69-72, 2006. Disponível em: <<http://www.gmbahia.ufba.br/index.php/gmbahia/article/view/342>>. Acesso em: 11 mai. 2020.

MAGNABOSCO, G. T.; LOPES, L. M.; ANDRADE, R. L. P.; BRUNELLO, M. E. F.; MONROE, A. A.; VILLA, T. C. S. Assistência ao HIV/aids: análise da integração de ações e serviços de saúde. **Escola Anna Nery Revista de Enfermagem**, Rio de Janeiro, v. 22, n. 4, p. 1-7, jul. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S1414-81452018000400203&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 21 fev. 2020.

MARCELLIN, F.; PRÉAU, M.; RAVAU, I.; DELLAMONICA, P.; SPIRE, B.; CARRIERI, M. P. Self-Reported Fatigue and Depressive Symptoms as Main Indicators of the Quality of Life (QOL) of Patients Living with HIV and Hepatitis C: Implications for Clinical Management and Future Research. **HIV Clinical Trials**, v. 8, n. 5, p. 320-27, sep. 2007. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17956833/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

MARCELLIN, F.; LACOMBE, K.; FUGON, L.; MOLINA, J. M.; BONNARD, P.; LASCOUX-COMBE, C.; ROUX, P.; CARRIERI, M.P.; GIRARD, P.; SPIRE. Correlates of poor perceived health among individuals living with HIV and HBV chronic infections: a longitudinal assessment. **AIDS Care**, v. 23, n. 4, p. 501-7, apr. 2011. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/21271404/>>. Acesso em: 8 jun.2020.

MARCELLIN, F.; PROTOPOPESCU, C.; ESTERLE, L.; WITTKO, L.; PIROTH, L.; AUMAITRE, H.; BOUCHAUD, O.; GOJJARD, C.; VITTECOP, D.; DABIS, F.; SALMON-CERON, D.; SPIRE, B.; ROUX, P.; CARRIERI, P. Anger and quality of life in patients co-infected with HIV and hepatitis C virus: a cross-sectional study (ANRS CO13-HEPAVIH). **European Journal of Gastroenterology & Hepatology**, v. 29, n. 7, p. 786-91, jul. 2017. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/28418984/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

McNICHOL, I. R. Strategies to Enhance Adherence, Reduce Costs, and Improve Patient Quality of Life. **Journal of Managed Care Pharmacy**, v. 14, n.

5, p. 12-16, jun. 2008. Disponível em: <<http://citeseerx.ist.psu.edu/viewdoc/download?doi=10.1.1.482.8948&rep=rep1&type=pdf>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

MELNYK, B. M.; FINEOUT-OVERHOLT, E.; STILLWELL, S. B.; WILLIAMSON, K. M. Evidence-based practice: step by step: the seven steps of evidence-based practice. *American Journal of Nursing*, v. 100, n. 1, p. 51-53, jan. 2010. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/20032669/>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. P.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto & Contexto Enfermagem**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-64, out. 2008. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/714/71411240017.pdf>>. Acesso em: 18 jul. 2020.

MENEZES, A. M. F.; ALMEIDA, K. T.; NASCIMENTO, A. K. A.; DIAS, G. C. M. D.; NASCIMENTO, J. C. Perfil epidemiológico das pessoas soropositivas para HIV/aids. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, Recife, v. 12, n. 5, p. 1225-32, mai. 2018. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/230907>>. Acesso em: 20 set 2020.

MIRANDA, W. A.; MEDEIROS, L. B.; NASCIMENTO, J. A.; RIBEIRO, K. S. Q. S.; NOGUEIRA, J. A.; LEADEBAL, O. D. C. Modelo preditivo de retenção no cuidado especializado em HIV/aids. **Cadernos de saúde Pública**, Rio de Janeiro, v. 34, n. 10, p. 1-11, mar. 2018. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/csp/2018.v34n10/e00209416/pt/>>. Acesso em: 20 fev. 2020.

MOHER, D.; LIBERATI, A.; TETZLAFF, J.; ALTMAN, D.G.; PRISMA GROUP. Preferred reporting items for systematic reviews and meta-analyses: the PRISMA statement. **PLoS Medicine**, v. 6, n. 7: e1000097, jul. 2008. Disponível em: <<https://doi.org/10.1371/journal.pmed.1000097>>. Acesso em: 19 jun. 2020.

NOSYK, B.; MONTANER, J. S. G.; COLLEY, G.; LIMA, V. D.; CHAN, K.; HEATH, K.; YIP, B.; SAMIJI, H.; GILBERT, M.; BARRIOS, R.; GUSTAFSON, R.; HOGG, R. S. The cascade of HIV care in British Columbia, Canada, 1996-2011: a population-based retrospective cohort study. **Infectious Diseases**, London, v. 11, n. 1, p. 40-49, jan. 2014. Disponível em: <[https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099\(13\)70254-8/fulltext](https://www.thelancet.com/journals/laninf/article/PIIS1473-3099(13)70254-8/fulltext)>. Acesso em: 20 fev. 2020.

OLIVEIRA FILHO, J. S.; SILVA, P. E.; FREITAS, F. F. Q.; SOARES, J. P.; COSTA, M. A. G.; SILVA, A. C. O. Qualidade de pessoas vivendo com hiv/aids.

Revista Baiana de Enfermagem, Salvador, v. 28, n. 1, p. 61-68, jan. 2014.

Disponível em:

<<https://portalseer.ufba.br/index.php/enfermagem/article/view/9088>>. Acesso em 20 ago de 2020.

OLIVEIRA, S. B.; HAMANN, E. M.; AMORIM, L.D.F. HIV/AIDS coinfection with the hepatitis B and C viroses in Brazil. **Caderno de Saúde Pública**, Rio de Janeiro, 2016, v. 30, n. 2, p. 433-38. Disponível em:

<http://bibliobase.sermais.pt:8008/BiblioNET/Upload/PDF7/005350_Cad.%20Sa%C3%BAde%20P%C3%BAblica%20102-311X-csp-30-2-0433.pdf>. Acesso em 20 de ago de 2020.

OUZZANI, M.; HAMMADY, H.; FEDOROWICZ, Z.; ELMAGARMID, A. Rayyan – a web and mobile app for systematic reviews. **Systematic Reviews**, v.5, n.1, p. 1-10, dec. 2016. Disponível em: <<https://doi.org/10.1186/s13643-016-0384-4>>.

Acesso em: 20 jan. 2020.

PAULA, C. C.; PADOIN, S. M. M.; GALVÃO, C. M. Revisão integrativa como ferramenta para tomada de decisão na prática de saúde. In: LACERDA, M. R.; COSTENARO, R. G. S. (Orgs). Metodologias da pesquisa para a enfermagem e saúde: da teoria à prática. Porto Alegre: Moriá, 2016. P. 51-76.

PEREIRA, M.; FIALHO, R. Assessment of factors associated with the quality of life of patients living with HIV/HCV co-infection. *Journal of Behavioral Medicine*, v. 39, n. 5, p. 767-81, oct. 2016. Disponível em:

<<https://link.springer.com/article/10.1007/s10865-016-9778-y#Abs1>>. Acesso em 17 ago. 2020.

PEREIRA, G. F. M.; PIMENTA, M. C.; GIOZZA, S. P.; CARUSO, A. R.; BASTOS, F.I.; GUIMARÃES, M. D. C. HIV/aids, hepatites virais e outras IST no Brasil: tendências epidemiológicas. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, São Paulo, v. 22, s. 1, p. 1-3, set. 2019. Disponível em:

<<https://www.scielo.org/article/rbepid/2019.v22suppl1/e190001/pt/#>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

PLANELLO, J. F.; MARCELINO, D. C.; CYPRIANI, R.; SOUTO, B. G. A. Síndrome de Fanconi induzida pelo uso de Tenofovir em pessoa coinfectada HIV-Hepatite B multirresistente. **ABCS Health Sciences**, Santo André, v. 41, n. 1, p. 55-60, mai. 2016. Disponível em:

<<https://nepas.emnuvens.com.br/abcshs/article/view/847>>. Acesso em: 25 set. 2020.

POMPEO, D. A.; ROSSI, L. A.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: etapa inicial do processo de validação de diagnóstico de enfermagem. **Acta Paulista**

de Enfermagem, São Paulo, v. 22, n. 4, p. 434-38, ago. 2009. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/ape/v22n4/a14v22n4.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

QUADROS, K. A. N.; CAMPOS, C. R.; SOARES, T. E.; SILVA, F. M. R. Perfil epidemiológico de idosos portadores de hiv/aids atendidos no serviço de assistência especializada. **Revista de Enfermagem do Centro Oeste Mineiro**, Divinópolis, v. 6, n. 2, p. 2140-46, mar. 2016. Disponível em: <<http://www.seer.ufsj.edu.br/index.php/recom/article/view/869/1097>>. Acesso em 21 ago. 2020.

RIGHETTO, R. C.; REIS, R. K.; REINATO, L. A. F.; GIR, E. Comorbidades e coinfeções em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, Fortaleza, v. 15, n. 6, p. 942-48, nov. 2014. Disponível em: <<https://www.redalyc.org/pdf/3240/324041233006.pdf>>. Acesso em: 18 jan. 2020.

RODRIGUES, J. P. V.; AGUIAR, B. F.; PEREIRA, L. R. Evolução no tratamento farmacológico da hepatite C crônica: da monoterapia com Interferon convencional aos novos fármaco de ação direta. **Jornal of Applied Pharmaceutical Sciences**, Montes Claros, v. 4, n. 2, p. 1-7, 2017. Disponível em: <https://16d60378-059a-451a-9c4f-571007ce2a8f.filesusr.com/ugd/e6f2ee_a037f94cb9b748c88873f294a5809a75.pdf>. Acesso em: 18 mai. 2020.

SABOURI, S.; DELAVAR, A.; JABBARI, H. Quality of life among human immunodeficiency virus-1 infected and human immunodeficiency virus-1/hepatitis C virus co-infected individuals in Iranian patients. **Nigerian Medical Journal**, v.57, n. 1, p. 49-53, jan. 2016. Disponível em:< <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4859113/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

SAEED, S.; MOODIE, E. E. M.; STRUMPF, E.; GILL, J.; WONG, A.; COOPER, C.; WALMSLEY, S.; HULL, M.; MARTEL-LAFERRIERE, V.; KLEIN, M. B. Real-world impact of direct acting antiviral therapy on health-related quality of life in HIV/Hepatitis C co-infected individuals. **Journal of Viral Hepatitis**, v. 25, n. 12, p. 1507-14, dec. 2018. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/30141236/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

SANTOS, C. M. C.; PIMENTA, C. A. M.; NOBRE, M. R. C. A estratégia PICO para a construção da pergunta de pesquisa e busca de evidências. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 15, n. 3, p. 1-3, mai. 2007. Disponível em: <https://www.scielo.br/pdf/rlae/v15n3/pt_v15n3a23.pdf>. Acesso em: 18 jul. 2020.

SANTOS, V. F.; GALVÃO, M. T. G.; CUNHA, G. H.; LIMA, I. C. V.; GIR, E. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. **Acta paulista de Enfermagem**, São Paulo, v. 30, n. 1, p. 90-100, jan. 2017. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0103-21002017000100094&script=sci_arttext>. Acesso em: 16 jun. 2020.

SANTOS, W. M.; SECOLI, S. R.; PUSCHEL, V. A. A. The Joanna Briggs Institute approach for systematic reviews. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 26:e3074, p. 1-2, nov. 2018. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692018000100701&script=sci_arttext>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SCHAURICH, D.; COELHO, D. F.; MOTTA, M. G. C. A cronicidade no processo saúde doença: repensando a epidemia da aids após os anti-retrovirais. **Revista Enfermagem UERJ**, Rio de Janeiro, v. 14, n. 3, p. 455-62, jul. 2006. Disponível em: <<http://www.facenf.uerj.br/v14n3/v14n3a19.pdf>>. Acesso em: 16 de jan. 2020.

SCHEINER, B.; SCHWABL, P.; STEINER, S.; BUCSICS, T.; CHROMY, D.; AICHELBURG, M. C.; GRABMEIER-PFISTERSHAMMER, K.; TRAUNER, M.; PECK-RADOSAVLEVIC, M.; REIBERGER, T.; MANDORFER, M. Interferon-free regimens improve health-related quality of life and fatigue in HIV/HCV-coinfected patients with advanced liver disease: A retrospective study. **Medicine**, v. 95, n. 27, p. 1-8, jul. 2016. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/27399090>> Acesso em: 15 ago. 2020

SCHUELTER-TREVISOL, F.; CUSTÓDIO, G.; SILVA, A. C. B.; OLIVEIRA, M. B.; WOLFART, A.; TREVISOL, D. J. HIV, hepatitis B and C, and syphilis prevalence and coinfection among sex workers in Southern Brazil. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 46, n. 4, p. 493-97, jul. 2013. Disponível em: <<https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v46n4/0037-8682-rsbmt-00-00-13.pdf>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

SEYLER, L.; LACOR, P.; ALLARD, D. Current challenges in the treatment of HIV. **Polish Archives of Internal Medicine**, Liszki, v. 128, n. 10, p. 609- 616, oct. 2018. Disponível em: <<http://pamw.pl/en/issue/article/30387448>>. Acesso em: 07 jan. 2019.

SILVA, C. M.; PEDER, L. D.; THOMAZELLA, M. V.; TEIXEIRA, J. J. V.; BERTOLINI, D. A. Profile of HCV genotypes and HIV-subtypes among HIV-coinfected patients in southern Brazil. **Arquivos de Gastroenterologia**, São Paulo, v. 56, n. 4, p. 344-50, oct. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0004-28032019000400344>. Aceso em 10 set. 2020.

SMITH, S.; HARMANCI, H.; HUTIN, Y.; HESS, S.; BULTERYS, M.; PECK, R.; REWARI, B.; MOZALEVSKIS, A.; SHIBESHI, M.; MUMBA, M. L. E. L.; ISHIKAWA, N.; NOLNA, D.; SERENO, L.; GORE, C.; GOLDBERG, D. J.; HUTCHINSON, S. Global progress on the elimination of viral hepatitis as a major public health threat: an analysis of WHO Member State responses 2017. **JHEP Reports**, v.1, n. 2, p. 81-89, aug. 2019. Disponível em: <<https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S2589555919300321>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

SOARES, C. C.; GEORG, I.; LAMPE, E.; LEWIS, L.; MORGADO, M. G.; NICOL, A. F.; PINHO, A. A.; SALLES, R. C. S.; TEIXEIRA, S. L. M.; VICENTE, A. C. P.; VISCIDI, R. P.; GOMES, S. A. HIV-1, HBV, HCV, HTLV, HPV-16/18, and Treponema pallidum infections in a sample of brazilian men who have sex with men. **Plos One**, San Francisco, v. 9, n. 8, p. 1-8, aug. 2014. Disponível em: <<https://journals.plos.org/plosone/article/file?id=10.1371/journal.pone.0102676&type=printable>>. Acesso em: 16 jun. 2020.

SOUZA, H.C.; MOTA, M. R.; ALVES, A. R.; LIMA, F. D.; CHAVES, S. N.; DANTAS, R. A. E.; ABDELMUR, S. B. M.; MOTA, A. P. V. S. Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em pacientes com HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem**, Brasília, v. 75, n. 5, p. 1361-69, sep. 2019. Disponível em: <https://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0034-71672019000501295&script=sci_arttext&tlng=pt>. Acesso em: 22 set. 2020.

STRAUSS, E. Hepatite C. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, Uberaba, v. 34, n. 1, p. 69-82, jan. 2001. Disponível: <<https://www.scielo.br/pdf/rsbmt/v34n1/4321.pdf>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

TELES, N.; MATTA, J. J.; SANTO, W. E. (Orgs). Políticas de controle do HIV/aids no Brasil e em Moçambique. 22 ed. Rio de Janeiro: Editora Fiocruz, 2016. 234 p.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **Reviewers' Manual-Methodology for JBI Mixed Methods Systematic Reviews**. [Internet]. Adelaide: JBI, 2014. Disponível em: <http://joannabriggs.org/assets/docs/sumari/ReviewersManual_Mixed-Methods-Review-Methods-2014-ch1.pdf>. Acesso em: 19 jun. 2020.

THE JOANNA BRIGGS INSTITUTE. **The Joanna Briggs Institute Critical Appraisal tools for use in JBI Systematic Reviews**. [Internet]. Adelaide: The Joanna Briggs Institute; 2017. Disponível em: <https://joannabriggs.org/ebp/critical_appraisal_tools>. Acesso em: 20 jan. 2020.

THEIN, H. H.; MARUFF, P.; KRAHN, M.; KALDOR, J. M.; KOOREY, D. J.; BREW, B. J.; DORE, G. J. Cognitive function, mood and health-related quality of life in hepatitis C virus (HCV)-monoinfected and HIV/HCV-coinfected individuals commencing HCV treatment. **HIV Medicine**, v. 8, n. 3, p. 192-202, apr. 2007. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17461864/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

TILMANN, H.L.; KAISER, T.; CLAES, C.; SCHMIDT, R. E.; MANNS, M. P.; STOLL, M. Differential influence of different hepatitis viruses on quality of life in HIV positive patients. *European Journal Medical Research*, v. 29, n. 11, p. 381-85, sep. 2006. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/17101461/>>. Acesso em: 15 jan. 2020.

UNAIDS. Fast-track ending the Aids epidemic by 2030. Geneva, 2014. Disponível em: <https://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2686_WAD2014report_en.pdf>. Acesso em: 20 fev. 2020.

UNAIDS. Seizing the moment: tackling entrenched inequalities to end epidemics. Geneva, Jul. 2020. Disponível em: <<https://aids2020.unaids.org/report/>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

URSI, E.S. **Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrative de literature**. 2005. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2005.

VAILATTI, G.; PREZZINI, M. F.; PIETA, C.; POETA, J. Evolução clínica de indivíduos com antígeno de superfície do vírus da hepatite B reagente, atendidos em um laboratório clínico de Caxias do Sul – RS, entre os anos de 2010 a 2015. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**, Rio de Janeiro, v. 50, n. 1, p. 71-75, abr. 2018. Disponível em: <<http://www.rbac.org.br/wp-content/uploads/2018/06/RBAC-vol-50-1-2018-ref-595.pdf>>. Acesso em: 10 mai. 2020.

VARESCON, I.; UNTAS, A.; SABAR, I.; KARAM, V.; SAMUEL, D.; DUCLOS-VALLEE, J. C. Quality of Life, Anxiety, Depression and Social Support in HCV Mono-Infected and HIV/HCV Co-Infected Patients Waiting for Liver Transplantation. **Transplantation Research Journal**, v. 1, n. 2, p. 1-6, sep. 2016. Disponível em: <<https://sciforschenonline.org/journals/transplantation-research/TRJ-1-106.php>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

WANDELER, G.; MUSUKUMA, K.; ZURCHER, S.; VINIKOOR, M. J.; LLENAS-GARCIA, J.; ALY, M. M. MULENGA, L.; CHI, B. H.; EHMER, J.; HOBBS, M. A.; BOLTON-MOORE, C.; HOFFMANN, C. J.; EGGER, M. Hepatitis B infection, viral load and resistance in HIV-infected patients in Mozambique and Zambia.

Plos One, San Francisco, v 11, n. 1, p. 1-11, mar. 2016. Disponível em:<<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4816321/pdf/pone.0152043.pdf>> . Acesso em 19 de ago de 2017.

WANDERLEY, M. A.; MELO, B. A.; NASCIMENTO, R. O.; CRUZ, C. M. Hepatites B, C e HIV: uma análise em um centro de referência em Alagoas, Brasil. **Brazilian Applied Science Review**, São José dos Pinhais, v. 4, n. 2, p. 451-58, mar. 2020. Disponível em: <<https://www.brazilianjournals.com/index.php/BASR/article/view/7518/6544>>. Acesso em: 20 ago. 2020.

WHITTEMORE, R.; KNAFL, K. The integrative review: updated methodology. *Journal of Advanced Nursing*, v. 52, n. 5, p. 546-53, feb. 2005. Disponível em: <<https://onlinelibrary.wiley.com/doi/epdf/10.1111/j.1365-2648.2005.03621.x>>. Acesso em: 15 jun. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hepatitis B control through immunization: a reference guide**. Geneva, 2014. Disponível em: <https://www.who.int/immunization/sage/meetings/2015/october/8_WPRO_Hepatitis_B_Prevention_Through_Immunization_Regional_Reference_Guide.pdf>. Acesso em: 13 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **WHO issuing updated guidelines for treatment of hepatitis C infection**. Geneva, 2016. Disponível em: <<https://www.who.int/hepatitis/news-events/hepatitis-c-guidelines-2016-story/en/>>. Acesso em: 15 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Guidelines for managing advanced HIV disease and rapid initiation of antiretroviral therapy**. Geneva, 2017. Disponível em: <<https://www.who.int/hiv/pub/guidelines/advanced-HIV-disease/en/>>. Acesso em: 10 mai. 2020

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hepatitis B Key facts**. Geneva, 2019a. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-b>>. Acesso em: 10 mai. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION. **Hepatitis C Key facts**. Geneva, 2019b. Disponível em: <<https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/hepatitis-c>>. Disponível em: 15 mai. 2020.

YEUNG, M. W.; YOUNG, J.; MOODIE, E.; ROLLET-KURHAJEC, K. C.; SCHWARTZMEN, K.; GREENAWAY, C.; COOPER, C; COX, J.; GILL, J.; HULL, M.; WALMSLEY, S.; KLEIN, M. B. Changes in quality of life, healthcare use, and substance use in HIV/hepatitis C coinfecting patients after hepatitis C

therapy: a prospective cohort study. **HIV Clinical Trials**, v. 16, n. 3, p. 100-10, may. 2015. Disponível em: <<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/25972048/>>. Acesso em: 17 ago. 2020.

ZAMBENEDETTI, G.; SILVA, R. A. N. Descentralização da atenção em HIV-aids para a atenção básica: tensões e potencialidades. *Revista de Saúde Coletiva*, Rio de Janeiro, v. 26, n. 6, p. 785-806, jul. 2016. Disponível em: <<https://www.scielo.org/article/physis/2016.v26n3/785-806/>>. Acesso em: 18 nov. 2020.

Apêndice

APENDICE I

Anexo I – Instrumento para extração de dados

1. Identificação		
Título do artigo		
Título do periódico		
Autores	Nomes: Área de atuação:	
Local do estudo (país):	Idioma:	Ano de publicação:
2. Instituição sede do estudo		
1 () Hospital	2 () Universidade	
3 () Centro de pesquisa	4 () Pesquisa multicêntrica. Onde? _____:	
3. Tipo de revista científica		
1 () Revista médica	2 () Revista de enfermagem	
3 () Revista de outras áreas da saúde	3.3.1 Especificar área:	
4 () Publicação de outras áreas	3.4.1 Especificar área:	
4. Características metodológicas do estudo		
1. Tipo de estudo	1 () Abordagem quantitativa () Descritivo () Transversal () Caso controle () Coorte	2 () Abordagem qualitativa 3 () Revisão da literatura 4 () Relato de caso
2. Objetivo(s) do estudo		
3. Trabalhou com:	3.1 Fez cálculo amostral 1 () Sim 2 () Não N/A () Não se aplica 3.2 Tamanho (n) 3.2.1 Inicial: _____ () N/A 3.2.2 Final: _____ () N/A 3.3 Amostragem 1 () Aleatória 2 () Estratificada 3 () Conveniência 4 () Outra 0 () N/A 3.4 Características da população estudada 1 () Faixa etária – qual? _____ 2 () Sexo: () M () F 3 () Outra: _____ 3.5 Critérios de inclusão: 3.6 Critérios de exclusão:	
4. Coleta de dados	1 () Primários () Secundários N/A () Não se aplica	
5. Intervenções realizadas	5.3 Grupo de comparação: 1 () Sim () Não 5.2 Variável dependente: 5.3 Variáveis independentes: 5.4 Instrumento de medida: 1 () Sim 2 () Não N/A () 5.4.1 Se sim, Quais 5.5 Duração do estudo:	
6. Análise	6.1 Tratamento estatístico: 6.2 Nível de significância:	
7. Principais Resultados		
8. Implicações	8.1 As conclusões são justificadas com base nos resultados? 1 () Sim 2 () Não 8.2 Principais conclusões: Recomendações dos autores:	

Fonte: Ursi (2005), adaptado.

Anexos

ANEXO I

ANEXO I – Instrumento para avaliação da qualidade metodológica – JBI Critical Appraisal – Analytical Cross Sectional Study

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR
ANALYTICAL CROSS SECTIONAL STUDIES

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the criteria for inclusion in the sample clearly defined?	☐	☐	☐	☐
2. Were the study subjects and the setting described in detail?	☐	☐	☐	☐
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	☐	☐	☐	☐
4. Were objective, standard criteria used for measurement of the condition?	☐	☐	☐	☐
5. Were confounding factors identified?	☐	☐	☐	☐
6. Were strategies to deal with confounding factors stated?	☐	☐	☐	☐
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	☐	☐	☐	☐
8. Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO II

ANEXO II - Instrumento para avaliação da qualidade metodológica – JBI Critical Appraisal – Cohort Study

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR COHORT STUDIES

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the two groups similar and recruited from the same population?	☐	☐	☐	☐
2. Were the exposures measured similarly to assign people to both exposed and unexposed groups?	☐	☐	☐	☐
3. Was the exposure measured in a valid and reliable way?	☐	☐	☐	☐
4. Were confounding factors identified?	☐	☐	☐	☐
5. Were strategies to deal with confounding factors stated?	☐	☐	☐	☐
6. Were the groups/participants free of the outcome at the start of the study (or at the moment of exposure)?	☐	☐	☐	☐
7. Were the outcomes measured in a valid and reliable way?	☐	☐	☐	☐
8. Was the follow up time reported and sufficient to be long enough for outcomes to occur?	☐	☐	☐	☐
9. Was follow up complete, and if not, were the reasons to loss to follow up described and explored?	☐	☐	☐	☐
10. Were strategies to address incomplete follow up utilized?	☐	☐	☐	☐
11. Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)

ANEXO III

ANEXO III - Instrumento para avaliação da qualidade metodológica – JBI Critical Appraisal – Case Control

JBI CRITICAL APPRAISAL CHECKLIST FOR
CASE CONTROL STUDIES

Reviewer _____ Date _____

Author _____ Year _____ Record Number _____

	Yes	No	Unclear	Not applicable
1. Were the groups comparable other than the presence of disease in cases or the absence of disease in controls?	☐	☐	☐	☐
2. Were cases and controls matched appropriately?	☐	☐	☐	☐
3. Were the same criteria used for identification of cases and controls?	☐	☐	☐	☐
4. Was exposure measured in a standard, valid and reliable way?	☐	☐	☐	☐
5. Was exposure measured in the same way for cases and controls?	☐	☐	☐	☐
6. Were confounding factors identified?	☐	☐	☐	☐
7. Were strategies to deal with confounding factors stated?	☐	☐	☐	☐
8. Were outcomes assessed in a standard, valid and reliable way for cases and controls?	☐	☐	☐	☐
9. Was the exposure period of interest long enough to be meaningful?	☐	☐	☐	☐
10. Was appropriate statistical analysis used?	☐	☐	☐	☐

Overall appraisal: Include ☐ Exclude ☐ Seek further info ☐

Comments (Including reason for exclusion)