

CARACTERÍSTICAS SOCIODEMOGRÁFICAS, CLÍNICAS, ASPECTO DE ESTILO E QUALIDADE DE VIDA EM MULHERES QUE VIVEM COM HIV

Sociodemographic, clinical characteristics, style aspect
and quality of life in women living with hiv

ISSN: 2178-7514

Vol. 16 | Nº. 3 | Ano 2024

Moisés Silva de Amorim¹; Cristiane Kelly Aquino dos Santos²; Wanderson Lopes da Paixão³;
Izabel Macêdo da Silva Neta⁴; Camilla Barreto Passos¹; Amanda Cota Leite Gomes¹;
Mídia Maria Nogueira Maia¹; Ludiane Matos Garcia Sampaio¹;
Ana Carolina Magnavita Costa¹; Isabela de Avelar Brandão Macedo^{5,6,7}

RESUMO

Introdução: A síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS) é causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), provoca uma imunossupressão, tornando o indivíduo suscetível a infecções oportunistas que podem levar ao óbito. A presença da doença e do tratamento contínuo influenciam na qualidade de vida, afetando os domínios físicos, emocionais, sociais e psicológicos. A gestão eficaz da AIDS não se limita ao combate à doença, mas também à promoção de uma vida mais saudável e bem-estar para aqueles que convivem com essa condição. **Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV. **Metodologia:** é um estudo observacional, transversal, com amostra de 79 indivíduos do sexo feminino, com sorologia positiva para HIV, em tratamento antirretroviral. Foi utilizado um instrumento próprio para a coleta de informações socioeconômicas (idade, raça, renda, estado civil, nível de escolaridade e ocupação) e estilo de vida (prática de atividade física, consumo de álcool e cigarro). Os resultados de Carga Viral do HIV e de contagem dos linfócitos TCD4 + foram coletados dos prontuários médicos dos pacientes. A Qualidade de vida (QV) foi avaliada através do WHOQOL-HIV-BREF. Foi utilizada a análise descritiva para caracterização da amostra e qualidade de vida. Para avaliar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa foi utilizado o alfa de chrombach. **Resultados:** dados demográficos; média de idade - 38 anos, 53,2% - solteiros, 52,6% - pardos e 36,7% - baixa escolaridade. Aproximadamente 62,1% apresentavam ocupação remunerada e 53,1% renda entre 0 a 1 salário mínimo. Condições clínicas e estilo de vida; 50,6% com tempo de diagnóstico >18 anos, 3,7% contagem de linfócitos TCD4 0 ≤ 200, prevalência de contágio sexual - 88,6%, comorbidades - 65,8%, não faz uso de álcool - 80%, não faz uso de cigarro - 84,8% e praticantes de exercícios - 56,6%. **Conclusão:** Dimensões WHOQOL HIV-bref; relações sociais e nível de independência foram os mais comprometidos, já espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais foi o domínio menos comprometido.

Palavras-chave: Carga Viral; Estresse Psicológico; Qualidade de Vida; Sorodiagnóstico de HIV.

ABSTRACT

Introduction: Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is caused by the Human Immunodeficiency Virus (HIV), leading to immunosuppression and rendering the individual susceptible to opportunistic infections that can result in death. The presence of the disease and ongoing treatment impact the quality of life, affecting physical, emotional, social, and psychological domains. Effective management of AIDS goes beyond combating the disease and also involves promoting a healthier life and well-being for those living with this condition. **Objective:** To evaluate the quality of life of women living with HIV. **Methodology:** It is an observational, cross-sectional study with a sample of 79 female individuals who are HIV-positive and undergoing antiretroviral treatment. A specific instrument was used to collect socioeconomic and lifestyle information. The HIV Viral Load and CD4+ T lymphocyte count results were obtained from the patients' medical records. Quality of life (QoL) was assessed using the WHOQOL-HIV-BREF. Descriptive analysis was employed for sample characterization and quality of life assessment. To evaluate the reliability of a questionnaire applied in research, Cronbach's alpha was used. **Results:** Demographic data; mean age - 38 years, 53.2% - single, 52.6% - mixed race, and 36.7% - low education level. Approximately 62.1% had paid employment, and 53.1% had income between 0 to 1 minimum wage. Clinical conditions and lifestyle; 50.6% with diagnosis time >18 years, 3.7% CD4+ T lymphocyte count ≤ 200, prevalence of sexual transmission - 88.6%, comorbidities - 65.8%, no alcohol consumption - 80%, no smoking - 84.8%, and exercise practitioners - 56.6%. **Conclusion:** WHOQOL HIV-BREF dimensions; social relationships and level of independence were the most compromised, whereas spirituality, religiosity, and personal beliefs were the least affected domain.

Keywords: Viral Load; Psychological stress; Quality of life; HIV serodiagnosis.

1. Universidade Tiradentes (UNIT)
2. Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS
3. Universitário de Excelência de Feira de Santana (UNEX)
4. Universidade Estadual da Bahia (UFBA)
5. Universidade Tiradentes, Aracaju, Brasil
6. Universidade Tiradentes, Aracaju, Brasil. (UNIT-SE).
7. Faculdade São Leopoldo (Slmandic-Campinas)

Autor de correspondência

Moisés Silva de Amorim

moises.amorim@souunit.com.br

INTRODUÇÃO

A epidemia da infecção pelo HIV é considerada complexa, instável e dinâmica, sendo um importante problema de saúde pública em todo o mundo. A infecção pelo vírus, inicialmente, foi vinculada a grupos específicos, como homens que fazem sexo com homens, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo⁽¹⁾. No entanto, atualmente, encontra-se disseminada na sociedade em geral, acometendo pessoas sem distinção⁽²⁾.

No ano de 2021, foram registrados globalmente 38,4 milhões de Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV), 1,5 milhão de pessoas recém-infectadas, 650 mil mortes por doenças relacionadas à AIDS e 28,7 milhões de PVHIV com acesso ao Tratamento Antirretroviral (TARV)⁽³⁾.

Ainda em 2021, o Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) registrou 40.880 casos de infecção pelo HIV no Brasil. Dentre esses casos, 5.494 (13,4%) ocorreram na região Norte, 10.896 (26,7%) no Nordeste, 13.926 (34,1%) no Sudeste, 6.899 (16,9%) no Sul e 3.665 (8,9%) no Centro-Oeste. Quanto às faixas etárias, no mesmo período, observou-se que 45,6% das novas infecções pelo HIV ocorreram em mulheres entre 15 e 34 anos. Além disso, merece destaque o aumento no percentual de casos entre mulheres com 50 anos ou mais de idade, que passou de 12,2% em 2011 para 17,9% em 2021. Já entre os homens nessa faixa etária, o percentual de casos manteve-se próximo de 10% para o mesmo período⁽⁴⁾.

O acompanhamento das pessoas infectadas precisa considerar o estigma que o HIV representa para a sociedade, levando em conta o enfrentamento da doença como um fator capaz de gerar estresse. Durante a evolução da doença, ocorrem alterações no estilo de vida de PVHIV, o que pode influenciar diretamente a contagem de linfócitos TCD4+ de maneira positiva ou negativa^(2,5,6). Ademais, no decorrer do tratamento, as PVHIV podem sofrer efeitos adversos, como síndrome metabólica, disfunção autonômica e, caso haja ineficácia no tratamento, comprometimento do sistema imunológico⁽⁷⁾.

A prática regular de atividade física tem várias implicações importantes na epidemiologia das PVHIV. Estudos sugerem que a atividade física pode melhorar a função imunológica em pessoas com HIV, aumentando a produção de células imunológicas e a resposta imunológica a infecções⁽⁸⁾. Reduz o estresse psicológico e a ansiedade, que são mais frequentes entre pessoas com HIV, contribuindo para um impacto positivo na saúde mental e emocional^(9,10).

Ademais, a Qualidade de Vida (QV) é um conceito complexo, multidimensional e que deve ser interpretado de forma contínua, não como uma dicotomia⁽¹¹⁾. Ela é resultado da inter-relação de fatores que moldam e diferenciam o dia-a-dia dos indivíduos, sob os aspectos das percepções, relacionamentos e situações vivenciadas⁽¹²⁾.

O termo QV não se limita à condição de saúde e intervenções médicas. No contexto do HIV/Aids, a preocupação com a QV vai além do controle

de sintomas, redução de mortalidade ou aumento da expectativa de vida⁽¹³⁾. Ele é considerado amplo por abranger circunstâncias que podem afetar a percepção do indivíduo em relação aos próprios sentimentos, relações sociais, espiritualidade e comportamentos relacionados ao cotidiano^(14,15).

É amplamente usado para transmitir uma sensação de satisfação com a vida como um todo, bem-estar, alegria, felicidade, entre outros. Desde 1997, a Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como as percepções que cada indivíduo tem de sua posição na vida, no contexto cultural e dos sistemas de valores em que vivem, relacionados a seus objetivos, padrões, expectativas e preocupações.

No entanto, deve-se considerar que PVHIV se deparam com várias dificuldades para tentar alcançar uma QV satisfatória, devido aos impactos referentes às mudanças em suas vidas diárias, quebra de relações interpessoais e ocupacionais, levando, muitas vezes, ao isolamento social, problemas com a sexualidade e relações interpessoais, que podem comprometer sua saúde mental e física. A adaptação a essas mudanças pode ser desafiadora, exigindo uma abordagem que concilie as particularidades relacionadas ao HIV, aliada à percepção do sujeito em seu contexto biopsicossocial⁽¹⁶⁾.

Sendo assim, o impacto de viver com uma doença que ainda carrega muito estigma e preconceito ainda é o maior obstáculo entre as PVHIV e sua qualidade de vida, interferindo diretamente em sua capacidade de enfrentamento

da doença. Além disso, fatores importantes como pobreza, desemprego, insegurança alimentar, necessidades habitacionais, isolamento e solidão, falta de apoio social, estigma social e institucional, depressão e abuso de substâncias, todos os quais interagem e aumentam a gravidade das doenças, principalmente quando relacionadas à idade^(17,18).

Desta forma, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV/AIDS

MATERIAIS E MÉTODOS

Tipo de Estudo

O presente estudo é caracterizado como um estudo observacional transversal. Para a coleta de dados, foram aplicados questionários no período de maio a setembro de 2022 e nos dias agendados para a coleta de exames ou acompanhamento médico, em ambiente reservado no HUGG.

População e Amostra

A amostra foi composta por 79 indivíduos do sexo feminino, inscritos no programa DST/Aids com sorologia positiva para HIV em acompanhamento médico e em tratamento antirretroviral, há pelo menos um ano e que se encontravam em acompanhamento clínico ambulatorial associado ao HUGG, na Universidade Federal do Estado do Rio de Janeiro – UNIRIO, na cidade do Rio de Janeiro - RJ.

Foram adotados como critérios de inclusão para o estudo, pessoas com idade maior ou igual a 18 anos, pessoas com sorologia positiva para HIV, em acompanhamento médico e em TARV, há pelo menos um ano e inscritos no programa DST/Aids associado ao HUGG. Foram excluídos da pesquisa indivíduos usuários de drogas ilícitas, PVHIV acometidos por infecção aguda ou doenças oportunistas, gestantes, lactantes e pessoas com alteração cognitiva.

A determinação do tamanho amostral foi realizada a partir dos resultados colhidos do projeto piloto realizado nos meses de março a abril de 2022. Considerou-se um Intervalo de Confiança de 95% e seguiu a fórmula de Triola, 1999. Considerando os resultados encontrados, obteve-se um tamanho amostral de 45 PVHIV. Tendo em vista as possíveis perdas que possam afetar a representatividade da amostra, foram acrescidos 10%, totalizando 50 PVHIV.

Ética da Pesquisa

O presente estudo atende às normas para a realização de pesquisa em seres humanos, de acordo com a Resolução 466/2012, do Conselho Nacional de Saúde de 12 de dezembro de 2012. A manifestação da aquiescência foi feita por meio da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE. O projeto de pesquisa, foi submetido e aprovado pelo CEP do HUGG em processo cadastrado no CAAE nº 54523521.2.0000.5258, com parecer nº 5.261.483, de 24 de fevereiro de 2022.

Procedimentos de Coleta de Dados

Foram convidados os pacientes em tratamento há pelo menos um ano e inscritos no programa DST/Aids associado ao HUGG, através de folhetos, incentivo verbal acerca do tema trabalhado pelos médicos, trabalhadores do setor e os pesquisadores.

Os participantes preencheram uma ficha de anamnese elaborada de acordo com as necessidades do estudo, constituída de perguntas de identificação pessoal, de estado geral de saúde e de coleta de informações para caracterização do nível sociodemográfico. Para a coleta de dados sociodemográficos, diagnóstico de percepção de saúde e estilo de vida foi utilizado o instrumento próprio. O quadro 1 apresenta a categorização dos grupos variáveis utilizados no estudo.

EM ANEXO

Características Clínicas

As informações sobre contagem de linfócitos TCD4 + foram coletadas nos prontuários médicos dos pacientes e por meio do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL). Estes exames foram todos realizados pelo mesmo laboratório. A contagem de TCD4 + foi realizada por citometria de fluxo.

Foi utilizado o resultado do exame laboratorial mais próximo à data de realização da entrevista de cada participante, com no máximo seis meses da data de realização. Esse intervalo foi estabelecido com base no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.

Nível Qualidade de Vida

Utilizou-se o instrumento WHOQOL-HIV Bref (quadro 2), desenvolvido pela OMS, para avaliar a qualidade de vida. Esse instrumento aborda seis domínios da qualidade de vida relacionados à saúde, por meio de 31 facetas: Físico, Psicológico, Nível de independência, Relações sociais, Meio ambiente e Espiritualidade. Adicionalmente, inclui duas questões que investigam a autopercepção da qualidade de vida e da saúde.

Cada faceta apresenta pontuação que varia de 1 a 5, os itens são avaliados por meio de uma escala tipo Likert, onde o 1 significa uma avaliação em desacordo e o número 5 uma avaliação com alta concordância. Com exceção das facetas 3, 4, 5, 8, 9, 10 e 31 que tem sua pontuação invertida para representação fiel da escala.

Os escores dos domínios são calculados através da soma dos escores das “n” questões que compõem cada domínio, dividido pelo número de questões do domínio. O resultado é multiplicado por quatro, sendo o escore final representado em uma escala de 0 a 100. Sua Classificação obedece a uma escala de Likert onde quanto mais elevado os números maior o nível de qualidade de vida.

EM ANEXO

Procedimento de Análise dos Dados

Foi utilizada estatística descritiva média, mediana, mínimo, máximo, e desvio padrão, frequência e percentual, para caracterização da amostra e qualidade de vida. A normalidade

dos dados foi realizada por meio do teste de Kolmogorov-Smirnov. Para avaliar a confiabilidade de um questionário aplicado em uma pesquisa foi utilizado o alfa de Cronbach. Todas as análises estatísticas foram realizadas no programa IBM SPSS Statistics 25. (Inc., Chicago, IL, USA).

EM ANEXO

RESULTADOS

A caracterização socioeconômica e demográfica do perfil da amostra em estudo evidenciou prevalência de idade de 38 anos (baixa escolaridade (36,7%), solteiros (53,2%), raça parda (52,6%), ocupação remunerada (62,1%), renda pessoal entre zero e um salário mínimo e, maior do que um e menor do que três salários mínimos (92,3%).

O tempo de diagnóstico maior do que 18 anos foi (50,6%), a forma de contágio predominante foi a sexual (88,6%), as células TCD4 + maior do que 500 (82,2%). Há presença de comorbidades na maioria dos pacientes (65,8%), não consumidores de álcool (80%), não consumidores de cigarro (84,8%) e praticantes de atividade física (56,6%), conforme demonstrado na tabela 1.

Nas dimensões do WHOQOL HIV-bref, os domínios mais comprometidos foram: Relações Sociais 67,8 (DP 18,3) e Nível de Independência 63,5 (DP 16,9). O domínio Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais 47,3 (DP 20,1) apresentou melhor avaliação de qualidade de vida, seguido pelos domínios Físico 50,1 (DP 14,7), Psicológico 61,5 (DP 13,2) e Meio Ambiente 61,8

(DP 15,3). O nível de confiabilidade nas respostas ao questionário apresentou-se, em sua maioria, de substancial, como mostra a tabela 2.

DISCUSSÃO

Em nações em desenvolvimento, a disparidade entre os gêneros nos casos de HIV, tanto em prevalência quanto em novas infecções, é mais acentuada do que em países desenvolvidos, com um maior número de mulheres acometidas pela doença⁽¹⁹⁾. Isso reforça a importância de programas ou intervenções em saúde pública voltadas para ações de prevenção que alcancem essa população vulnerável.

A população feminina é identificada como um grupo vulnerável devido a uma mescla de aspectos socioeconômicos, culturais e biológicos que ampliam sua suscetibilidade ao vírus e limitam o acesso aos cuidados essenciais frente à doença^(3,20).

No que se refere à variável de autodeclaração de raça/cor, o presente estudo constatou uma predominância de pessoas pardas, corroborando os achados apresentados no Boletim Epidemiológico de 2022⁽⁴⁾. No entanto, resultados contrastantes foram observados, apontando uma predominância de pessoas brancas⁽²¹⁾. É importante destacar que, até 2013, a raça branca representava a maioria dos casos de HIV no Brasil; entretanto, nos anos subsequentes, houve um aumento nos casos entre indivíduos pretos e pardos⁽²²⁾.

Percebe-se que a diferença na prevalência do HIV entre pessoas pretas e pardas, quando comparadas com pessoas brancas no Brasil, é fruto

de uma relação entre fatores sociais, econômicos e estruturais, os quais incluem a desigualdade social, acesso aos serviços de saúde, estigma, discriminação, violência, políticas de saúde, entre outros. Essas populações possuem um menor acesso a alguns serviços, como infraestrutura, segurança pública, saneamento básico e outros⁽²³⁾.

Os fatores interligados de pobreza, migração e mobilidade influenciam significativamente o aumento da incidência do HIV em comunidades específicas. A relação entre esses elementos e a epidemia de HIV/Aids revela que causas político-econômicas estão intrinsecamente ligadas à estrutura social, afetando a vulnerabilidade ao HIV⁽²⁴⁾. Faz-se necessário que esses temas sejam abordados de forma ampla para assim promover a equidade e igualdade de acesso a serviços de saúde, educação e oportunidades socioeconômicas, a fim de reduzir as disparidades no enfrentamento do HIV.

Também foi observado neste estudo que as PVHIV apresentam ensino médio completo e resultados semelhantes foram encontrados em estudos realizados por Effendy et al. (2019)⁽²⁵⁾, Purwaningsih et al. (2019)⁽²⁶⁾, Queiroz et al. (2018)⁽²⁷⁾ e Saracino et al. (2020)⁽²⁸⁾, o qual apresentou mais de 50% de suas amostras para indivíduos com ensino médio completo. Dados diferentes foram identificados em outra pesquisa, a qual mostrou uma distribuição maior em indivíduos com escolaridade até o ensino fundamental⁽²⁹⁾.

A relação entre escolaridade e infecção pelo HIV pode variar conforme o contexto, local, aspectos sociais e econômicos. Além da escolaridade, fatores como acesso a serviços

de saúde, desigualdade, estigma relacionado ao HIV, disparidades socioeconômicas e questões culturais também exercem um papel fundamental na disseminação e manejo do HIV. A escolaridade é uma importante questão para análise, na perspectiva de que os casos de infecção podem estar ligados à falta de educação em saúde, visto que esta é um componente fundamental para conscientizar sobre os modos de transmissão, prevenção e preconceito^(30,31,32).

A maioria dos participantes do estudo atual encontram-se solteiros, assim como nos estudos de Effendy et al. (2019)⁽²⁵⁾, que também identificaram participantes solteiros como a maioria de suas respectivas amostras. Um aspecto que, quando observado de maneira ampliada por Jennings, et al. (2022)⁽³³⁾, notou que pessoas casadas tendem a ter melhor saúde mental e física quando comparadas com solteiros, divorciados ou viúvos, impactando diretamente na saúde mental, devido à rede de apoio encontrada no companheiro e na família^(32,29).

É importante destacar que muitos na amostra estudada são trabalhadores informais, refletindo uma preocupante insegurança financeira prevalente entre eles. As PVHIV enfrentam não apenas os desafios da doença, mas também sinais evidentes de exclusão e vulnerabilidade social, o que pode limitar suas oportunidades de emprego⁽³⁴⁾. Estudos indicam que o trabalho é um dos fatores mais relevantes para o enfrentamento da infecção pelo HIV.

A estabilidade financeira é fundamental para o bem-estar geral PVHIV. Assegurar o acesso ao tratamento e aos cuidados de saúde, bem como promover a igualdade no ambiente de trabalho

e combater a discriminação, são elementos essenciais para melhorar a segurança financeira e a qualidade de vida dessas pessoas. Além disso, programas de apoio financeiro e assistência social podem ser de grande importância para ajudar a aliviar o peso financeiro enfrentado por muitos indivíduos vivendo com HIV⁽³⁵⁾.

Em relação à contagem absoluta de linfócitos TCD4 +, essa é um importante biomarcador de prognóstico em pacientes infectados pelo HIV⁽³⁶⁾. A presente pesquisa identificou a prevalência de contagem de linfócitos TCD4 + maior que 500 células/mm³. Outros estudos afirmam que pacientes que possuem contagens de linfócitos TCD4+ menor que 350 células por mm³ apresentam diagnóstico tardio e tendem a pertencer ao sexo masculino, podendo apresentar comorbidades, ser mais suscetíveis a doenças e ter um aumento no risco de mortalidade, além de serem menos propensos a responder ao tratamento quando iniciado. Esse fato pode estar associado ao diagnóstico tardio^(32,29).

Também foi verificada, na presente pesquisa, o número de pessoas com depressão elevada. Vale ressaltar que o estresse aumenta o risco de depressão e ansiedade, além de contribuir para a diminuição da atividade do sistema imunológico, acelerando a progressão do vírus e facilitando o aparecimento de doenças oportunistas, conseqüentemente contribuindo para o desenvolvimento da Aids^(37,38).

Um estudo que avaliou a eficácia de diferentes tratamentos psicossociais para PVHIV

com problemas de saúde mental identificou que a realização de intervenções psicossociais têm efeito positivo na depressão e ansiedade, evidenciando que diversos tipos de intervenção podem ser úteis para melhorar a saúde mental das PVHIV⁽¹⁷⁾. Já outro estudo realizado por Effendy et al. (2019)⁽²⁵⁾ identificou uma relação significativa entre depressão, estresse e nível de TCD4+ entre pessoas com HIV/AIDS, afirmando, assim, que o sofrimento psíquico pode afetar a imunidade das pessoas infectadas, levando à progressão da doença. Além disso, uma pesquisa realizada por Agus et al. (2019)⁽³⁹⁾ afirmou que existe uma relação negativa entre os sintomas de depressão e ansiedade e o nível de TCD4 +.

No que se refere aos fatores de estilo de vida, foi constatada uma prevalência de participantes que não fazem uso de tabaco e não consomem álcool e são ativos fisicamente conforme resultados demonstrados na presente pesquisa. Assim, subentende-se que há um melhor desempenho em relação ao tratamento e à qualidade de vida desses indivíduos, relacionados a esses aspectos.

Estudos demonstram que PVHIV com melhor capacidade aeróbica estão menos propensas a transtornos neurocognitivos⁽¹³⁾. Atividades físicas sistematizadas, praticadas pelo menos de 150 a 300 minutos por semana com intensidade moderada proporcionam benefícios como melhora nos aspectos físicos, psicológicos e qualidade de vida dessa população^(11,13).

É válido salientar que a prática de exercícios físicos é fundamental, entretanto, existem diversos

obstáculos que as PVHIV enfrentam, como os efeitos colaterais da TARV (dentre outros, incluem a depressão, a possível presença de infecções oportunistas e a dor corporal).

Portanto, é importante considerar que a atuação de uma equipe multiprofissional que trabalhe na perspectiva da adoção de um estilo de vida saudável, incluindo atividade física, escolha de melhores hábitos alimentares e suporte psicológico, pode levar à melhoria do estado imunológico, qualidade de vida além de prevenir o desenvolvimento de comorbidades e efeitos adversos associados à TARV.

O resultado da avaliação da QV de PVHIV apresentou que altos escores para o domínio de nível de independência e relações sociais, o que está associado à percepção dos participantes sobre relações pessoais, apoio social e inclusão social. Os resultados deste estudo alinham-se com pesquisas realizadas por Handayany, et al. (2019)⁽⁴⁰⁾ e Fuster-Ruiz, et al. (2019)⁽⁴¹⁾, que identificaram em suas amostras maiores escores para o mesmo domínio. Os menores escores foram identificados nos domínios de Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais e Físico.

Este estudo vai contra os achados da pesquisa realizada por Bellini et al.¹⁸ e Miye o qual aponta que a QV de mulheres PVHIV, apresentam espiritualidade como o domínio com melhor desempenho.

Escore baixos referentes ao domínio da espiritualidade no questionário WHOQUOL-HIV-bref representam uma menor qualidade de vida relacionada à satisfação pessoal, sentimentos

de perdão e culpa associados à condição de HIV/Aids⁽⁴²⁾, bem como grandes preocupações em relação ao futuro e à morte⁽⁴³⁾. Essa dimensão espiritual, quando avaliada em níveis inferiores, pode indicar desafios significativos na adaptação psicológica e emocional ao viver com HIV, refletindo possíveis impactos negativos na saúde mental e no bem-estar geral do indivíduo.

Os resultados referentes ao domínio físico contrastam com o estudo de GASPAR et al.,(2011)⁽⁴⁴⁾, que apresentou um escore médio mais elevado. Esse domínio examina a habilidade de executar atividades físicas, a presença de dor ou restrições físicas, bem como o grau de fadiga ou limitações nas interações sociais. Os achados neste domínio podem ser influenciados pelo uso da TARV, que possui a capacidade de induzir mudanças marcantes na evolução da infecção pelo HIV/Aids, gerando melhorias significativas na perspectiva de vida e na qualidade de vida desses pacientes.

Pontuações baixas no domínio físico do questionário WHOQOL-HIV-bref apontam para uma menor qualidade de vida em termos de saúde física e bem-estar. Isso pode evidenciar desafios em realizar atividades cotidianas, restrições físicas, manifestações do HIV/Aids e potenciais problemas de saúde. Uma avaliação baixa neste domínio sugere desafios para o indivíduo manter sua saúde física em equilíbrio, indicando a possível necessidade de intervenções médicas ou apoio complementar, como a prática regular de atividades físicas.

Um estudo conduzido na Europa Oriental revelou que mulheres diagnosticadas com HIV/Aids apresentaram escores de qualidade de vida mais baixos no domínio físico em comparação com aquelas assintomáticas. Este achado está alinhado com outras pesquisas na literatura, que indicam uma relação entre o declínio clínico e o surgimento de sintomas da doença⁽⁴⁵⁾.

O domínio de Relações Sociais examinou aspectos como relacionamentos íntimos, integração social e suporte proveniente de amigos e familiares. No que se refere à vida afetivo-sexual, nota-se que a maioria das mulheres possui um número limitado de parceiros ao longo da vida, evidenciando que a prevalência de HIV/aids entre mulheres estáveis em relacionamentos aumenta. Embora muitas infectadas mantenham uma vida afetiva e sexual ativa, enfrentam desafios significativos na promoção do uso consistente de preservativos, especialmente em relações heterossexuais. Curiosamente, elas tendem a ter mais sucesso na utilização de preservativos em encontros casuais do que em relacionamentos estáveis⁽⁴⁶⁾.

O WHOQOL HIV-bref revelou três domínios com coeficientes alfa de Cronbach inferiores a 0,70. Essa menor confiabilidade pode estar associada à quantidade de itens analisados. Isso significa que, quanto maior o número de questões por domínio, os resultados podem apresentar um nível de confiabilidade mais elevado⁽⁴⁷⁾. Contudo, este instrumento continua a ser uma ferramenta eficaz para avaliar globalmente a qualidade de vida.

Com base nos resultados apresentados, torna-se claro que é essencial fortalecer o empoderamento das mulheres como meio de promover uma melhor qualidade de vida⁽⁴⁸⁾. Assim, é de grande importância oferecer uma abordagem abrangente à saúde dessas mulheres, juntamente com políticas de saúde pública que enfatizem a inclusão social e combatam o preconceito e a discriminação contra pessoas vivendo com HIV/Aids.

CONCLUSÃO

A convivência com HIV é bastante conflituosa e esbarra em várias questões, desde físicas e emocionais, desse modo, realizar uma análise de Qualidade de Vida dessas pessoas torna-se bastante desafiador. As mulheres, objeto de estudo dessa pesquisa, são por inúmeras razões, umas das populações mais vulneráveis ao seu diagnóstico, e as análises realizadas comprovaram, principalmente, que estar em uma condição socioeconômica instável predispõe um grande fator de risco para piora da Qualidade de Vida.

No que diz respeito ao perfil da amostra, os dados referentes a características sociodemográficas, características clínicas e de estilo de vida, verificou-se prevalência para idade de 28 a 48 anos. A maioria das participantes era composta por trabalhadoras informais, com nível médio de escolaridade, que não fumavam nem consumiam álcool. Sintomas de depressão/ansiedade estavam presentes, assim como a

presença de comorbidades. O tempo desde o diagnóstico variou de 1 a 18 anos, contagem de linfócitos TCD4 + elevada tendo a principal forma de transmissão, a via sexual.

Mesmo com a distribuição etária das participantes sendo bastante ampla, encontra-se um padrão entre elas: baixa escolaridade, baixa renda - com a maioria recebendo até 1 salário mínimo, classificadas como pardas e brancas, com aumento considerável das pretas. Esses aspectos, alinhados ao estilo de trabalho informal, evidenciam a parcela mais frágil socioeconomicamente do país.

A fragilidade econômica, aliada a falta de rede de apoio, traz uma piora na saúde psicológica dessas mulheres, que refletem diretamente em suas qualidades de vida, podendo resultar em aumento de comorbidades, como detectado no estudo. A prática de exercícios físicos pode servir como um fator protetor, tanto a nível psicológico, quanto a nível imunológico. Porém, mais uma vez, esbarra na questão socioeconômica.

Sabe-se que o SUS iniciou um grande avanço no tratamento de pessoas vivendo com HIV, mas a situação está longe de estar ideal, políticas de educação sexual, de prevenção, devem ser implantadas e aprimoradas, além disso, é importante haver também o desenvolvimento de ações de suporte econômico e emocional, com acompanhamento psicológico, para os mais vulneráveis. Ações como essas podem, diretamente, resultar em uma melhora no índice de Qualidade de Vida dessas mulheres e aumentar sua longevidade.

Desse modo, conclui-se que as mulheres com HIV apresentam relações sociais e níveis de independência com maiores escores médios. E os escores médios mais baixos de Qualidade de Vida foram encontrados nos domínios espiritualidade, físico.

REFERÊNCIAS

1. Knauth, D. R., Hentges, B., Macedo, J. L. de, Pilecco, F. B., Teixeira, L. B., & Leal, A. F. (2020). O diagnóstico do HIV/ aids em homens heterossexuais: A surpresa permanece mesmo após mais de 30 anos de epidemia. *Cadernos de Saúde Pública*, 36(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00170118>
2. ANDRADE, A. K.V; MARTINS, F.A.E.C.; VERISSIMO, M.L.A. & SILVA, .M.S. Responsabilidade Civil Frente à Transmissão do HIV Entre Parceiros. *Humanas em Perspectiva*.v.12,n.1.p.12-136,2021.
3. UNAIDS. Joint United Nations Programme on Hiv/Aids. World Health Organization. Global Report: UNAIDS report on the global aids epidemic 2022. <https://www.unodc.org/lpobrazil/en/hiv-aids/unaid.htm>
4. Ministério da Saúde. (2022). Boletim Epidemiológico HIV/AIDS. Secretaria de Vigilância em Saúde. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view
5. Sousa, A. R. Nascimento-Dias, L.B. Uma Breve Síntese Do Cenário Atual Dos Medicamentos E Terapias Antirretrovirais Para O Combate Ao Hiv No Brasil . RECIMA21 - Revista Científica Multidisciplinar. v. 2, n. 3, p. 36–50, 2021. <https://doi.org/10.47820/recima21.v2i3.134>
6. Ghayomzadeh, M., SevedAlinaghi, S., Shamsi, M. M., Rezaei, S., Earnest, C. P., Akbarnejad, S., Taj, L., Mohraz, M., Navalta, J. W., Ghasemi, P. ., & Voltarelli, FA (2019). Efeito de 8 semanas de programa de treinamento de resistência baseado em hospital na contagem de células TCD4 + e nas características antropométricas de pacientes com HIV em Teerã, Irã: um ensaio clínico randomizado. *Jornal de pesquisa de força e condicionamento*, 33(4), 1146–1155. <https://doi.org/10.1519/JSC.0000000000002394>
7. Millon, E. M., Lehrer, P. M., & Shors, T. J. (2022). Meditation and Aerobic Exercise Enhance Mental Health Outcomes and Pattern Separation Learning Without Changing Heart Rate Variability in Women with HIV. *Applied psychophysiology and biofeedback*, 47(1), 27–42. <https://doi.org/10.1007/s10484-021-09530-2>
8. Ibeneme, S. C., Irem, F. O., Iloanusí, N. I., Ezuma, A. D., Ezenwankwo, F. E., Okere, P. C., Nnamani, A. O., Ezeofor, S. N., Dim, N. R., & Fortwengel, G. (2019). Impact of physical exercises on immune function, bone mineral density, and quality of life in people living with HIV/AIDS: a systematic review with meta-analysis. *BMC Infectious Diseases*, 19(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-019-3916-4>
9. Qin, X. M., Park, J. Y., Kim, B. R., & Joo, C. H. (2022). The Effects of Exercise on Acute Immune Responses in Relative Leisure-Deprived People Living with HIV/AIDS: A Pilot Study. *International journal of environmental research and public health*, 19(13), 8155. <https://doi.org/10.3390/ijerph19138155>
10. Zanetti, H. R., Mendes, E. L., Gonçalves, A., Lopes, L. T., Roever, L., Silva-Vergara, M. L., Neves, F. F., & Resende, E. S. (2020). Effects of exercise training and statin on hemodynamic, biochemical, inflammatory and immune profile of people living with HIV: a randomized, double-blind, placebo-controlled trial. *The Journal of Sports Medicine and Physical Fitness*, 60(9), 1275–1282. <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.20.10838-7>
11. Di Masi, F., Costa E Silva, G., Silveira, A., Oliveira, A. J., Ferry, F. R., & Dantas, E. (2019). Association between physical activity and quality of life in HIV-positive subjects. *The Journal of sports medicine and physical fitness*, 59(3), 538–539. <https://doi.org/10.23736/S0022-4707.18.07754-X>
12. Winston, N., Swanson, B., Capuano, A. W., Fogg, L. F., & Barnes, L. L. (2020). Physical Activity and Cognitive Health Among People Living With HIV: An Integrative Review. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*, 31(3), 268–278. <https://doi.org/10.1097/JNC.0000000000000141>
13. Nweke, M., Mshunqane, N., Govender, N., Akinpelu, A. O., & Ogunniyi, A. (2022). Effects of aerobic exercise on quality of life of people with HIV-associated neurocognitive disorder on antiretroviral therapy: a randomised controlled trial. *BMC Infectious Diseases*, 22(1). <https://doi.org/10.1186/s12879-022-07389-0>
14. Doolittle, B. R., Justice, A. C., & Fiellin, D. A. (2018). Religion, Spirituality, and HIV Clinical Outcomes: A Systematic Review of the Literature. *AIDS and behavior*, 22(6), 1792–1801. <https://doi.org/10.1007/s10461-016-1651-z>
15. Gois, T. O. de, Santos, C. K. A. dos, Alves, J. C. C., & Dantas, E. H. M. (2021). Análise da variabilidade da frequência cardíaca em pessoas vivendo com HIV submetidos à terapia antirretroviral (TARV) após a prática de atividade física. *Research, Society and Development*, 10(6), e0610615436. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i6.15436>
16. Oliveira, V. H. F., Rosa, F. T., Santos, J. C., Wiechmann, S. L., Narciso, A. M. S., Franzoi de Moraes, S. M., Weibel, A. R., & Deminice, R. (2020). Effects of a Combined Exercise Training Program on Health Indicators and Quality of Life of People Living with HIV: A Randomized Clinical Trial. *AIDS and behavior*, 24(5), 1531–1541. <https://doi.org/10.1007/s10461-019-02678-3>
17. Heissel, A., Zech, P., Rapp, M. A., Schuch, F. B., Lawrence, J. B., Kangas, M., & Heinzl, S. (2019). Effects of exercise on depression and anxiety in persons living with HIV: A meta-analysis. *Journal of psychosomatic research*, 126, 109823. <https://doi.org/10.1016/j.jpsychores.2019.109823>
18. Ahmed, A., Saqlain, M., Bashir, N., Dujaili, J., Hashmi, F., Mazhar, F., Khan, A., Jabeen, M., Blebil, A., & Awaisu, A. (2021). Health-related quality of life and its predictors among adults living with HIV/AIDS and receiving antiretroviral therapy in Pakistan. *Quality of life research : an international journal of quality of life aspects of treatment, care and rehabilitation*, 30(6), 1653–1664. <https://doi.org/10.1007/s11136-021-02771-y>
19. Carvalho, J. M. R., & Monteiro, S. S. (2021). Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. *Cadernos de Saúde Pública*, 37(6). <https://doi.org/10.1590/0102-311x00169720>
20. Gualqui, C. F. (2022, May 20). Prevalência de depressão, ansiedade, estresse e alterações cognitivas em pacientes mulheres infectadas pelo HIV-1 em um hospital geral na cidade de São Paulo. *Www.teses.usp.br*. <https://www.teses.usp.br/teses/disponiveis/5/5133/tde-16082022-111743/en.php>
21. Maria, MPM, Carvalho, MP de, & Fassa, AG (2023). Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em Florianópolis, Santa Catarina, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 39(1). <https://doi.org/10.1590/0102-311xpt099622>
22. Ministério da Saúde. (2021) Boletim Epidemiológico de HIV/Aids. Secretaria de vigilância em saúde. <https://www.gov.br/saude/pt-br/centrais-de-conteudo/publicacoes/boletins/epidemiologicos/especiais/2021/boletim-epidemiologico-especial-hiv-aids-2021.pdf/view>
23. Sousa, K. M.; Cerqueira, M.B.R. Entre prazeres e dores: um retrato da epidemia de HIV/AIDS em mulheres de 30 a 59 anos de idade. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*. v. 13, n. 2, p.1-16, 2021. DOI <https://doi.org/10.22533/at.ed.936212204>.
24. Effendy, E., Amin, MM, de Vega, L., & Utami, N. (2019). A associação entre níveis de CD-4, sintomas de estresse e depressão entre pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Revista macedônia de ciências médicas de acesso aberto*, 7(20), 3459–3463. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.446>

25. Purwaningsih, P., Asmoro, CP e Prastiw, YA (2019). Autoestima e motivação com adesão de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) na Indonésia à terapia antirretroviral: um estudo transversal. *Revista internacional de medicina e saúde do adolescente*, 34 (1), 10.1515/ijamh-2019-0051. <https://doi.org/10.1515/ijamh-2019-0051>
26. Queiroz, A. A. F. L. N., Sousa, Á. F. L., Matos, M. C. B., Araújo, T. M. E., Reis, R. K., & Moura, M. E. B. (2018). Knowledge about HIV/AIDS and implications of establishing partnerships among Hornet® users. *Revista brasileira de enfermagem*, 71(4), 1949–1955. <https://doi.org/10.1590/0034-7167-2017-0409>
27. Saracino, A., Zaccarelli, M., Lorenzini, P., Bandera, A., Marchetti, G., Castelli, F., Gori, A., Girardi, E., Mussini, C., Bonfanti, P., Ammassari, A., d'Arminio Monforte, A., & Icoana Foundation Study Group (2018). Impact of social determinants on antiretroviral therapy access and outcomes entering the era of universal treatment for people living with HIV in Italy. *BMC public health*, 18(1), 870. <https://doi.org/10.1186/s12889-018-5804-z>
28. Serra, M. A. A. O., Milhomem, A. B., Oliveira, S. B., Santos, F. A. A. S., Silva, R. A. E., Costa, A. C. P. J., Cunha, M. D. C. S. O., Silva, A. U. A., Freitas, R. W. J. F., & Araújo, M. F. M. (2020). Sociodemographic and Behavioral Factors Associated with HIV Vulnerability according to Sexual Orientation. *AIDS research and treatment*, 2020, 5619315. <https://doi.org/10.1155/2020/5619315>
29. Gomes D. E. B., Querente B. S., Marques M. P. S., Jorge L. P., Santos A. B. R. dos, Andrade T. C., Santiago L., Aguiar B. R., Pereira M. M. A. G., & Junior G. L. da S. (2021). Estimulação imunológica em portadores do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) pela prática de exercício físico. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(8), e8713. <https://doi.org/10.25248/reas.e8713.2021>
30. Melo, E., Antonini, M., Costa, C., Pontes, P., Cardoso, L., Gir, E., & Reis, R. (2019). Sintomas físicos e psicológicos do estresse em pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana. *Revista Portuguesa de Enfermagem de Saúde Mental*, 22, 19–26. <https://doi.org/10.19131/rpesm.0259>
31. Costa, M. A. R., Teston, E. F., Spigolon, D. N., Dias, L. D. O., & Soares, C. D. C. (2019). Quality of Life According to The Viewpoint of Hiv/Aids Bearing People: Future Perspectives in Educational Practices / Qualidade de Vida sob a Ótica de Portadores de Hiv/Aids: Perspectivas Futuras nas Práticas Educativas. *Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online*, 11(5), 1326. <https://doi.org/10.9789/2175-5361.2019.v11i5.1326-1332>
32. Jennings, E. A., Farrell, M. T., Liu, Y., & Montana, L. (2022). Associations between cognitive function and marital status in the United States, South Africa, Mexico, and China. *SSM - population health*, 20, 101288. <https://doi.org/10.1016/j.ssmph.2022.101288>
33. Algarin, A. B., Lara, M. V., Chapin-Bardales, J., Baruch-Dominguez, R., Sanchez, T. H., Hernandez-Avila, M., & Smith, L. R. (2023). Examining Geographical Differences in the HIV Care Continuum Among Men Who Have Sex with Men in Mexico. *AIDS and behavior*, 27(3), 772–782. <https://doi.org/10.1007/s10461-022-03809-z>
34. Faria, D. P. da S., & Lopes, V. A. S. (2020). O Serviço social ante o controle do HIV/Aids: Uma análise com ênfase nos condicionantes do processo saúde-doença. *Mundo Livre: Revista Multidisciplinar*, 6(2), 383–399. <https://periodicos.uff.br/mundolivre/article/view/47720>
35. Hipólito, R. L., Oliveira, D. C., Costa, T. L. D., Marques, S. C., Pereira, E. R., & Gomes, A. M. T. (2017). Quality of life of people living with HIV/AIDS: temporal, socio-demographic and perceived health relationship. *Revista latino-americana de enfermagem*, 25, e2874. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1258.2874>
36. Calvetti, S., Rusow, J. A., Lewis, J., Martinez, A., Slay, L., Bray, B. C., Goldbach, J. T., & Kipke, M. D. (2022). A Trans Youth of Color Study to Measure Health and Wellness: Protocol for a Longitudinal Observation Study. *JMIR research protocols*, 11(11), e39207. <https://doi.org/10.2196/39207>
37. Fan, K. Q., Li, Y. Y., Wang, H. L., Mao, X. T., Guo, J. X., Wang, F., Huang, L. J., Li, Y. N., Ma, X. Y., Gao, Z. J., Chen, W., Qian, D. D., Xue, W. J., Cao, Q., Zhang, L., Shen, L., Zhang, L., Tong, C., Zhong, J. Y., Lu, W., ... Jin, J. (2019). Stress-Induced Metabolic Disorder in Peripheral CD4+ T Cells Leads to Anxiety-like Behavior. *Cell*, 179(4), 864–879.e19. <https://doi.org/10.1016/j.cell.2019.10.001>
38. Agus, D. F., Effendy, E., & Camellia, V. (2019). Screening of Anxiety and Depression Related CD4 Count of People Living with HIV/AIDS with Anti-Retroviral in Medan, Indonesia. *Open access Macedonian journal of medical sciences*, 7(16), 2590–2594. <https://doi.org/10.3889/oamjms.2019.396>
39. Handayani, S., Ratnasari, N. Y., Husna, P. H., Marni, & Susanto, T. (2019). Quality of Life People Living with HIV/AIDS and Its Characteristic from a VCT Centre in Indonesia. *Ethiopian journal of health sciences*, 29(6), 759–766. <https://doi.org/10.4314/ejhs.v29i6.13>
40. Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Laguía, A., Safreed-Harmon, K., Lazarus, J. V., Cenoz, S., & Del Amo, J. (2019). Assessing quality of life in people with HIV in Spain: psychometric testing of the Spanish version of WHOQOL-HIV-BREF. *Health and quality of life outcomes*, 17(1), 144. <https://doi.org/10.1186/s12955-019-1208-8>
41. Enhanced Well-being. (2012, December 21). WHOQOL-HIV instrument : scoring and coding for the WHOQOL-HIV instruments : users manual, 2012 revision. Who.int; World Health Organization. <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-MSD-MER-Rev-2012-03>
42. Kihara, F. M. de S., Ferreira, G. P., Silva, K. C. da, Daleprani, L. dos S. S., Gomes, T., Sales, C. M. M., & Guandalini, V. R. (2023). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV em um grupo de apoio no município de Vitória, no Espírito Santo. *Revista Brasileira de Pesquisa Em Saúde/Brazilian Journal of Health Research*, 25(1), 30–41. <https://doi.org/10.47456/rbps.v25i1.39028>
43. Gaspar, J., Reis, R. K., Pereira, F. M. V., Neves, L. A. de S., Castrighini, C. de C., & Gir, E. (2011). Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. *Revista Da Escola De Enfermagem Da USP*, 45(1), 230–236. <https://doi.org/10.1590/S0080-6234201100010003>
44. Rützel, K., Pisarev, H., Loit, H.-M., & Uusküla, A. (2009). Factors influencing quality of life of people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. *Journal of the International AIDS Society*, 12(1), 13–13. <https://doi.org/10.1186/1758-2652-12-13>
45. Santos, N. J., Buchalla, C. M., Fillipe, E. V., Bugamelli, L., Garcia, S., & Paiva, V. (2002). Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. *Revista de Saúde Pública*, 36(4 suppl), 12–23. <https://doi.org/10.1590/s0034-89102002000500004>
46. O'Connell K., Skevington S., Saxena S. Preliminary development of the World Health Organization's Quality of life HIV Instrument (WHOQOL HIV): analysis of the pilot version. (2003). *Social Science & Medicine*, 57(7), 1259–1275. [https://doi.org/10.1016/s0277-9536\(02\)00506-3](https://doi.org/10.1016/s0277-9536(02)00506-3)
47. Chandra, P. S., Satyanarayana, V. A., Parthasarathy Satishchandra, Satish, K. S., & Kumar, M. (2009). Do Men and Women with HIV Differ in Their Quality of Life? A Study from South India. *Aids and Behavior*, 13(1), 110–117. <https://doi.org/10.1007/s10461-008-9434-9>

Observação: os/(as) autores/(as) declaram não existir conflitos de interesses de qualquer natureza.

Quadro 1- Categorização dos grupos e variáveis utilizadas no estudo.

Blocos	Variáveis	Questões Utilizadas	Categorização
Sociodemográfico	Sexo	Qual o seu sexo? Foi utilizado o critério biológico como critério para a dicotomização selecionando somente um sexo	Feminino
	Estado Civil	Qual o seu estado civil?	Solteiro Casado/morando junto Separado Viúvo
	Raça Autodeclarada	Você se considera:	Branca Preta Parda Amarela
	Escolaridade	Qual seu nível de escolaridade?	Fundamental Incompleto Fundamental Completo Médio Completo Superior Completo
	Ocupação	Qual tem sido sua principal ocupação?	Desempregado Trabalho Formal Trabalho Informal Aposentado
	Renda (salário mínimo/mês)	Qual a sua renda mensal?	0 a 1 salário >1 a 3 salários > 3 a 5 salários > 5 salários
Estilo de Vida, Diagnósticos e Autopercepção de Saúde	Fumo	Costuma Fumar com Frequência?	Não Sim
	Consumo de Álcool	Costuma ingerir bebida alcoólica com frequência?	Não Sim
	Depressão/ Ansiedade	Você costuma ter crises de depressão e ansiedade?	Não Sim
	Comorbidades	Você apresenta alguma comorbidade?	Não Sim
Características Clínicas	Tempo de Diagnóstico	Há quantos anos você foi diagnosticado com HIV? (organizados de acordo com a mediana do grupo)	1-18 >18
	Formas de Contágio	Como você acha que foi infectado pelo HIV?	Via sexual Outros
	Contagem de linfócitos TCD4+	Informação retirada da base de dados SISCEL	≤ 200 >200 - 500 >500

FONTE: Autoria Própria

Quadro 2 – Classificação dos Domínios do WHOQOL HIV Bref

Domínios WHOQOL HIV BREF		
Domínio I	Saúde Física (4 Questões)	Dor e desconforto Energia e fadiga Sono e descanso
Domínio II	Saúde Psicológica (5 Questões)	Sentimentos positivos Cognição (pensamento, aprendizagem, memória e concentração) Auto-estima Corpo (imagem corporal e aparência) Sentimentos negativos
Domínio III	Nível de Independência (4 Questões)	Mobilidade Atividades da vida diária Dependência de medicação ou tratamentos Aptidão ao trabalho
Domínio IV	Relações Sociais (4 Questões)	Relacionamentos pessoais Apoio social Atividade sexual
Domínio V	Meio Ambiente (8 Questões)	Segurança física Moradia Finanças Cuidados (acesso e qualidade à saúde e assistência social) Informação (adquirir informação nova / aprender novas habilidades) Lazer Ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima) Transporte
Domínio VI	Espiritualidade, Religiosidade e Crenças Pessoais (4 Questões)	Espiritualidade/religião/crenças pessoais) Perdão e culpa Preocupações sobre o futuro Morte e morrer

FONTE: Classificação Silveira et al, (2019).

Tabela 1 – Caracterização do Perfil da Amostra, Segundo as Variáveis Sociodemográficas, Condições Clínicas e de Estilo de Vida.

Dados Sociodemográficos			
Variável		Quantidade	%
Idade	28-48	40	50,6
	49-60	39	49,4
Estado Civil	Solteira	42	53,2
	Casada	18	22,8
	Divorciada	13	16,5
	Viúva	6	7,6
Raça	Branca	21	26,6
	Preta	16	20,2
	Parda	40	52,6
	Amarela	2	2,5
Escolaridade	Fundamental incompleto	8	10,1
	Fundamental Completo	21	26,6
	Médio Completo	43	54,4
	Superior Completo	7	8,9
Ocupação	Desempregada	5	6,3
	Trab. Informal	19	24,1
	Trab. Formal	19	24,1
	Dona de Casa	25	31,6
	Aposentada	11	13,9

Renda	0-1	42	53,1
	>1-3	31	39,2
	>3-5	4	5
	>5	2	2,5

Condições clínicas e estilo de vida			
Condição		Quantidade	%
Tempo de Diagnóstico	≤18	39	49,3
	>18	40	50,6
TCD4+	0 ≤ 200	3	3,7
	> 200 ≤ 500	11	13,9
	> 500	65	82,2
Forma de Contágio	Sexual	70	88,6
	Outros	9	11,4
Presença de Comorbidade	Não	27	34,2
	Sim	52	65,8
Consumo de Álcool	Não	64	80
	Sim	15	20
Consumo de Cigarro	Não	67	84,8
	Sim	12	15,2
Atividade Física	Sedentária	39	49,4
	Ativa	40	56,6

Fonte: Autoria Própria

Tabela 2 - Escores dos domínios de qualidade de vida do World Health Organization Quality of Life (WHOQOL) HIV-bref

Domínios WHOQOL HIV-bref	Média	DP	Mínimo	Máximo	Mediana	Alfa de Cronbach
Físico	50,1	14,7	18,75	87,5	50	0,53
Psicológico	61,5	13,2	25	90	60	0,72
Nível de Independência	63,5	16,9	18,7	93,7	62,5	0,73
Relações Sociais	67,8	18,3	18,7	100	75	0,54
Meio Ambiente	61,8	15,3	21,8	90,2	65,6	0,74
Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais	47,3	20,1	12,5	100	43,7	0,41
Escore Geral	61,6	8	12,5	100	62,5	0,88