

PERFIL E QUALIDADE DE VIDA DE MULHERES QUE VIVEM COM HIV

M. A. S. CARDOSO¹, T. MUGNOL², J. L. DOS SANTOS³, S. G. SPERLING⁴, V. L. DIEFENTHÄLER⁵, A. M. GARLET⁶, M. F. FIGUEIRÓ⁷, P. R. MOREIRA⁸, J. COSER⁹

Universidade de Cruz Alta^{1,2,3,4,5,7,8,9} Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Cruz Alta, RS⁶

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6656-0252>¹

E-mail: mariele_as@hotmail.com¹

Submetido 21/05/2020 - Aceito 27/10/2020

DOI: 10.15628/holos.2021.10174

RESUMO

Objetivou-se descrever o perfil clínico e sociodemográfico e avaliar a qualidade de vida (QV) e fatores associados em mulheres que vivem com HIV. Trata-se de um estudo transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com mulheres atendidas em um Serviço de Atenção Especializada em IST/Aids. Os dados clínicos e sociodemográficos foram obtidos dos prontuários do serviço, e os dados referentes a QV através do instrumento HIV/Aids – *Targeted Quality of Life*. Participaram 37 mulheres com idade média de 39,3 anos. A maioria tinha ensino fundamental completo (73%), não possuía vínculo empregatício (62%), era casada ou em união estável (60%); teve diagnóstico da infecção em um período de 5 anos ou mais (73%), fazia uso regular da TARV (78%), apresentava linfócitos TCD4+ maior ou igual a 350 células/mm³ (76%) e carga viral

indetectável ou menor ou igual a 40 cópias/ml (68%) no último exame realizado, foi contaminada por via sexual heterossexual (65%), não era tabagista (73%), não tinha diagnóstico de depressão (78%) e apresentava comorbidades (70%). Os domínios “Preocupação com a Medicação” e “Confiança no Profissional” apresentaram melhores escores na análise da QV, já o domínio “Preocupação com o sigilo” apresentou o menor escore. Participantes com menor tempo de diagnóstico de HIV apresentaram menor QV no domínio “Preocupação com o Sigilo”. Aquelas que tiveram contágio por via sexual heterossexual e eram tabagistas obtiveram menores escores de QV no domínio “Satisfação com a vida”, já as mulheres que vivem com HIV (MVHIV) que possuíam ocupação apresentaram escores melhores no domínio “Conscientização sobre o HIV”.

PALAVRAS-CHAVE: Inquéritos e Questionários, Assistência Integral à Saúde, Fatores Epidemiológicos, HIV.

PROFILE AND QUALITY OF LIFE OF WOMEN LIVING WITH HIV

ABSTRACT

The objective was to describe the clinical and sociodemographic profile and to evaluate the quality of life (QoL) and associated factors in women living with HIV. This is a cross-sectional, descriptive study with a quantitative approach, developed with women treated at an STI/Aids Specialized Care Service. Clinical and sociodemographic data were obtained from the medical records of the service, and data related to QoL through the HIV/AIDS - Targeted Quality of Life instrument. 37 women with an average age of 39.3 years participated. Most had completed elementary school (73%), had no employment relationship (62%), were married or in a stable union (60%); had a diagnosis of infection within 5 years or more (73%), was on regular ART (78%), had TCD4 + lymphocytes greater than or equal to 350 cells/mm³

(76%), and undetectable viral load or less at 40 copies/ml (68%) in the last test performed, it was sexually heterosexual (65%), non-smoker (73%), had no diagnosis of depression (78%) and had comorbidities (70%). The domains “Concern with Medication” and “Confidence in the Professional” presented better scores in the QoL analysis, while the domain “Concern with Confidentiality” had the lowest score. Participants with shorter HIV diagnosis time had lower QoL in the “Concern About Confidentiality” domain. Those who had sexually transmitted infection and were smokers had lower QoL scores in the “Satisfaction with Life” domain, while the women living with HIV (WLHIV) who had occupation had better scores in the “HIV Awareness” domain.

KEYWORDS: Surveys and Questionnaires, Comprehensive Health Care, Epidemiologic Factors, HIV.

1 INTRODUÇÃO

No Brasil, a epidemia Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência adquirida (HIV/Aids) começou a ser enfrentada como um problema de saúde pública no ano de 1985, quando foi criado o Programa Nacional de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) e Aids (PN-IST/Aids). Esta foi a primeira estratégia direcionada ao combate à Aids no país e tinha como objetivos reduzir a incidência da infecção pelo HIV e melhorar a qualidade de vida das pessoas que conviviam com o HIV/Aids (Brasil, 1999).

Quase dez anos depois, a Lei n.º 9.313/96 garantiu às pessoas que vivem com HIV (PVHIV) o direito de receber gratuitamente, do Sistema Único de Saúde (SUS), a medicação necessária para o tratamento, tornando o Brasil o primeiro país a financiar a terapia antirretroviral (TARV) (Brasil, 1996). Além disso, a rede assistencial a estes indivíduos se fortaleceu, mediante criação de serviços ambulatoriais especializados, denominados Serviço de Assistência Especializada (SAE) (Brasil, 1999).

Estes serviços oferecem acesso ao tratamento antirretroviral, exames específicos e atendimento por uma equipe técnica multiprofissional. Exames como contagem de linfócito TCD4+ e quantificação da carga viral do HIV, visam o monitoramento da evolução clínica das PVHIV, possibilitando a implementação de terapias preventivas às infecções oportunistas e a busca pela efetividade do tratamento (Brasil, 2018).

Com a implementação da TARV a Aids passou a ser considerada uma doença crônica, propiciando maior sobrevida às PVHIV. Isso repercutiu em novos desafios, que incluem, por exemplo, o enfrentamento das complicações de saúde na geração que envelheceu com HIV/Aids, o tratamento de efeitos colaterais a longo prazo da terapia, assim como a superação do preconceito e estigma social, e a manutenção dos princípios éticos e de direito à saúde destas pessoas. Desta forma, o cuidado às PVHIV vai além da oferta da TARV, inclui também, atenção à sua qualidade de vida (QV) (de Souza; Santos; de Oliveira, 2015).

Segundo a Organização Mundial da Saúde (OMS), qualidade de vida é “a percepção do indivíduo acerca de sua posição na vida, de acordo com o seu contexto cultural e sistema de valores nos quais vive”. Ou seja, é um conceito caracterizado pela subjetividade e multidimensionalidade, uma vez que envolve diferentes componentes essenciais da condição humana (WHO, 2017).

Neste contexto, também é importante considerar os dados epidemiológicos da doença, pois mesmo com todos os esforços empreendidos nos últimos anos, que resultaram em avanços na melhora clínica dos pacientes e no estabelecimento de políticas públicas, a epidemia continua crescendo e apontando diferenças sociais, econômicas e culturais do país (de Souza; Santos; de Oliveira, 2015).

As estatísticas globais sobre HIV indicam que 74,9 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia. Deste total, 32 milhões morreram por causas relacionadas à Aids e 24,5 milhões tiveram acesso à TARV até junho de 2019 (UNAIDS, 2020). No Brasil, de 1980 até junho de 2019, foram registrados 966.058 casos de Aids, sendo 633.462 (65,6%) casos em homens e 332.505 (34,4%) em mulheres. Embora as taxas de detecção de Aids em homens nos últimos dez

anos apresentem tendência de crescimento, existem diferenças regionais importantes que demonstram uma participação maior das mulheres nos casos de Aids na região Sul do Brasil, com uma razão de 18 homens para cada 10 mulheres (Brasil, 2019).

Apesar de as mulheres não constituírem o grupo com maiores taxas de notificação é importante que as estratégias de prevenção e de construção de um “viver com HIV/Aids” sejam ampliadas entre a população feminina (Villela; Barbosa, 2017). Além disso, conforme destaca Gianella *et al.* (2016), existem diferenças biológicas baseadas no gênero que afetam a história natural e a patogênese da infecção pelo HIV.

A avaliação da qualidade de vida de pacientes que vivem com HIV não consiste apenas em maior sobrevivência com o tratamento e na ausência de infecções oportunistas, pois o portador é estigmatizado, sofre ruptura nas relações afetivas, dificuldades com a sexualidade e a falta de recursos sociais e financeiros. Assim, tanto a saúde mental e física, quanto o bem-estar, e conseqüentemente, a QV são comprometidas. As mulheres são ainda mais propensas a esse comprometimento devido às marcantes diferenças nos aspectos culturais e socioeconômicos, o que resulta em oportunidades desiguais de proteção, promoção e manutenção de saúde (Reis, 2008).

Neste sentido, para compreender as peculiaridades no cuidado a este grupo populacional, devem ser realizados mais pesquisas e intervenções voltados às mulheres que vivem com HIV (MVHIV) (Villela; Barbosa, 2017). Portanto, o objetivo do presente estudo foi descrever o perfil clínico e sociodemográfico e avaliar a qualidade de vida e os fatores associados em MVHIV no Sul do Brasil.

2 MÉTODOS

Trata-se de um estudo analítico transversal, descritivo, com abordagem quantitativa, desenvolvido com mulheres atendidas em um Serviço de Atenção Especializada em IST/Aids localizado em um município do interior do Rio Grande do Sul.

O recrutamento das participantes foi realizado a partir de amostragem por conveniência, à medida que compareciam ao serviço para retirada de medicamentos ou realização de exames de rotina. Dados clínicos, sociodemográficos e de qualidade de vida foram coletados num período de 12 meses, compreendido entre outubro de 2016 a abril de 2018. No período de coleta de dados foram atendidas aproximadamente 110 mulheres com mais de 18 anos de idade, destas, 37 aceitaram participar da pesquisa e constituíram a amostra do estudo.

Os dados clínicos e sociodemográficos foram obtidos dos prontuários do serviço. As variáveis sociodemográficas levantadas foram: idade, raça, escolaridade, profissão e situação conjugal. As variáveis clínicas incluíram as seguintes informações: tempo de diagnóstico do HIV, uso da TARV, contagem de linfócitos TCD4+, carga viral, situação epidemiológica (forma de contágio e situação da participante no momento do diagnóstico) e comorbidades.

Para coleta de dados referentes a qualidade de vida, foi realizada entrevista individual, utilizando o instrumento HIV/Aids – *Targeted Quality of Life* (HAT-QoL), versão validada no Brasil (de Soárez *et al.*, 2009). Este instrumento possui 34 itens que avaliam 9 domínios de qualidade de vida: 1) atividades gerais (seis itens), 2) atividades sexuais (dois itens), 3) preocupação com o sigilo

(cinco itens), 4) preocupação com a saúde (quatro itens), 5) preocupações financeiras (três itens), 6) conscientização sobre o HIV (dois itens), 7) satisfação com a vida (quatro itens), 8) questões relativas à medicação (cinco itens) e 9) confiança no profissional (três itens). A soma dos escores obtidos em cada domínio é analisada por meio de uma escala análoga de zero a 100 pontos. Valores aproximados ou igual a zero correspondem a pior qualidade de vida, e números próximos a 100 indicam melhor qualidade de vida. O ponto de corte utilizado foi de 75 pontos, conforme proposto por Galvão *et al.* (2015).

Na análise univariada as variáveis sociodemográficas e clínicas foram apresentadas mediante uso de distribuições de frequências medidas descritivas. A análise da confiabilidade do questionário HAT-QoL foi realizada por meio do coeficiente alfa de *Cronbach*. O cálculo dos escores foi realizado a partir dos critérios estabelecidos no Manual do referido instrumento e para descrever os escores obtidos em cada domínio do questionário utilizou-se medidas descritivas (mínimo, máximo, média, mediana e desvio padrão). Na análise bivariada, foram verificadas as diferenças nas médias dos domínios do HAT-QoL em relação às variáveis em estudo, utilizando o Teste t de *Student* para variáveis dicotômicas ($p \leq 5\%$) e o Teste Análise de Variância *one-way* (ANOVA) para variáveis ordinais e nominais.

O estudo atendeu as normas nacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos (Parecer de aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa número 1.654.588 – 29 de julho de 2016) e integra a dissertação de mestrado da autora principal.

3 RESULTADOS

A idade das participantes variou de 21 a 61 anos (± 11), com média de 39,3 anos. A maioria possuía escolaridade de nível fundamental completo (73%), não relatou ocupação com renda (do lar ou desempregada) (62%) e informou ser casada ou viver em união estável (60%) (Tabela 1).

Quanto as características clínicas, predominaram mulheres que obtiveram diagnóstico da infecção pelo vírus em um período de 5 anos ou mais (73%), que faziam uso regular da TARV (78%), que apresentaram linfócitos TCD4+ ≥ 350 células/mm³ (76%) e carga viral indetectável ou ≤ 40 cópias/ml (68%) no último exame realizado. Para a maioria das mulheres o provável modo de contaminação foi a via sexual por relação heterossexual (65%). Ainda, a maioria das participantes não era tabagista (73%), não tinha diagnóstico de depressão (78%) e apresentava comorbidades (70%) (Tabela 1).

Tabela 1: Características sociodemográficas e clínicas de mulheres que vivem com HIV (n=37).

Variáveis	n (%)
FAIXA ETÁRIA (anos)	
20 – 24	3 (8,1)
25 – 39	16 (43,2)
40 – 59	17 (45,9)
≥ 60	1 (2,7)
ESCOLARIDADE	
Analfabeta	2 (5,4)
≤ Fundamental Completo	27 (73,0)
≥ Médio Completo	8 (21,6)
PROFISSÃO	
Com vínculo registrado ou autônoma	14 (37,8)
Sem vínculo empregatício ¹	23 (62,2)
SITUAÇÃO CONJUGAL²	
Casada/união estável	14 (60,9)
Solteira/viúva/divorciada	9 (39,1)
TEMPO DIAGNÓSTICO HIV	
< 5 anos	10 (27,0)
≥ 5 anos	27 (73,0)
TARV³	
Uso regular	25 (78,1)
Uso irregular ou interrompido	7 (21,9)
LINFÓCITOS TCD4+⁴ (células/mm³)	
<350	9 (24,3)
≥350	28 (75,7)
CARGA VIRAL HIV⁴ (cópias/ml)	
Indetectável ou ≤ 40	25 (67,6)
> 40	12 (32,4)
SITUAÇÃO EPIDEMIOLÓGICA⁵	
Relacionamento heterossexual	24 (64,9)
Outras formas ⁶	13 (35,1)
TABAGISMO	
Sim	10 (27,0)
Não	27 (73,0)
DEPRESSÃO	
Sim	8 (21,6)
Não	29 (78,4)
COMORBIDADES⁷	
Sim	26 (70,3)
Não	11 (29,7)

¹ Do lar ou desempregada

² n total=23.

³ n total=32. Uso da terapia antirretroviral – TARV, no momento da coleta dos dados.

⁴ Compreende o resultado do último exame realizado. Valor de referência: linfócitos TCD4+ >350 céls/mm³ e carga viral <40 cópias/ml.

⁵ Compreende a forma de contágio do HIV.

⁶ Inclui 10 casos diagnosticados na gestação; 1 caso de violência sexual; 1 caso de usuária de drogas injetáveis e 1 caso de profissional do sexo e usuária de drogas injetáveis.

⁷ Inclui diagnóstico de patologias descritas no prontuário do paciente ou pelo menos uma das patologias de definição de casos de aids conforme Ficha de notificação/ investigação para pacientes com 13 anos ou mais.

Em relação à qualidade de vida, dos nove domínios avaliados pelo instrumento HAT-QoL, apenas dois apresentaram média de escores com valores superiores a 75 pontos, são eles: domínio 5 – “Preocupações com a medicação” (77,2 pontos) e domínio 8 – “Confiança no profissional” (77,9 pontos). O menor escore médio (44,7 pontos) foi observado no domínio 7 – “Preocupações com o sigilo”. O valor do alfa de *Cronbach* (α) variou de 0,667 (domínio 6) a 0,971 (domínio 9), e o instrumento foi considerado consistente de acordo com o valor global desta propriedade de medida ($\alpha = 0,774$) (Tabela 2).

Tabela 2: Medidas descritivas dos escores dos domínios do *Targeted Quality of Life Instrument* (HAT-QoL), de mulheres que vivem com HIV (n=37).

Domínio HAT-QoL	Média (DP)	Mínimo	Mediana	Máximo	Alfa de <i>Cronbach</i> *
1 - Função geral	60,4 (23,4)	16,6	62,5	100	0,797
2 - Satisfação com a vida	65,2 (25,2)	0,0	62,5	100	0,875
3 - Preocupações com a saúde	49,3 (26,4)	12,5	50	100	0,759
4 - Preocupações financeiras	49,5 (27,6)	0,0	50	100	0,905
5 - Preocupações com a medicação	77,2 (22,3)	25	85	100	0,813
6 - Aceitação do HIV	65,8 (28,9)	0,0	75	100	0,667
7 - Preocupações com o sigilo	44,7 (28,4)	0,0	40	100	0,862
8 - Confiança no profissional	77,9 (28,7)	0,0	91,6	100	0,945
9 - Função sexual	60,4 (35,5)	0,0	62,5	100	0,971

Nota: escore máximo =100 pontos para todos os domínios

DP = desvio padrão

*Valores de referência: acima de 0,7 = ideal; 0,6 – 0,7 = satisfatórios (Hair *et al.*, 2005; Souza *et al.*, 2017).

As tabelas 3 e 4 apresentam os resultados das comparações das médias dos escores dos nove domínios do HAT-QoL segundo às características sociodemográficas (faixa etária, raça, escolaridade, profissão, situação conjugal) e clínicas (tempo de diagnóstico HIV, TARV, linfócitos TCD4, carga viral do HIV, situação epidemiológica, tabagismo, depressão e comorbidades). Identificou-se diferenças estatisticamente significativas das médias dos escores do domínio “Preocupação com o Sigilo” segundo à variável tempo de diagnóstico do HIV ($p=0,019$); das médias dos escores do domínio “Conscientização sobre o HIV” segundo à variável Ocupação ($p=0,024$); as médias dos escores do domínio “Satisfação com a Vida” segundo às variáveis Situação Epidemiológica ($p=0,013$) e Tabagismo ($p=0,005$).

Tabela 3: Comparação das médias dos escores domínios 1 ao 4 do *Targeted Quality of Life Instrument (HAT-QoL)* entre as características sociodemográficas e clínicas de mulheres que vivem com HIV (n=37).

VARIÁVEIS	DOMÍNIOS HAT-QoL							
	1- FUNÇÃO GERAL		2- SATISFAÇÃO COM A VIDA		3- PREOCUPAÇÃO COM A SAÚDE		4- PREOCUPAÇÕES FINANCEIRAS	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
Faixa etária (anos)*								
20 - 24	56,94		72,92 (32,07)		41,67 (20,09)		38,89 (72,73)	
25 - 30	(12,03)		69,14 (31,25)		53,90 (33,61)		50,52 (28,29)	
40 -59	69,27	0,261	60,66 (18,32)	0,735	47,79 (19,88)	0,670	50,00 (30,33)	0,911
≥ 60**	(23,66)		56,25		25,00		58,33	
	53,43							
	(23,53)							
	50,00							
Escolaridade*								
Analfabeto	52,09	0,467	40,63 (22,10)	0,280	62,50 (17,68)	0,106	33,33 (0,00)	0,705
≤ Fundamental completo	(14,73)		64,81 (24,58)		43,75 (23,00)		50,62 (27,44)	
≥ Médio completo	58,49		72,66 (26,92)		64,84 (33,89)		50,00 (32,43)	
	(21,51)							
	69,27							
	(30,85)							
Profissão**								
Com vínculo registrado ou autônoma	55,36	0,307	71,43 (23,60)	0,238	52,23 (25,43)	0,609	39,29 (25,41)	0,078
Sem vínculo empregatício ¹	(23,99)		61,41 (25,95)		47,55 (27,49)		55,80 (27,57)	
	63,59							
	(23,07)							
Situação conjugal***								
Casada/união estável	67,86	0,158	64,73 (28,02)	0,706	44,20 (26,79)	0,492	52,98 (26,88)	0,179
Solteira/viúva/divorciada	(19,44)		68,75 (17,68)		52,78 (31,58)		37,04 (26,71)	
	54,63							
	(23,61)							
Tempo de Diagnóstico HIV⁴								
< 5 anos	62,08	0,803	63,75 (34,08)	0,835	41,88 (30,63)	0,304	55,83 (20,80)	0,408
≥ 5 anos	(27,11)		65,74 (21,88)		52,08 (24,82)		47,22 (29,78)	
	59,88							
	(22,47)							
TARV^{2***}								
Uso regular	63,17	0,678	66,25 (28,07)	0,988	53,50 (27,43)	0,763	51,00 (30,74)	0,712
Uso irregular ou interrompido	(25,25)		66,07 (24,96)		50,00 (24,74)		46,43 (18,54)	
	58,93							
	(15,85)							
LINFÓCITOS								
TCD4+(células/mm³)³⁺⁺								
≥ 350	62,35	0,397	66,52 (25,30)	0,595	50,89 (27,52)	0,532	49,40 (30,51)	0,942
> 350	(22,61)		61,11 (26,10)		44,44 (23,69)		50,00 (17,18)	
< 350	54,63							
	(26,39)							
Carga viral HIV³ (cópias/ml)⁺⁺								
Indetectável ou ≤ 40	60,00	0,862	66,50 (25,06)	0,658	52,25 (27,18)	0,339	49,00 (30,17)	0,825
> 40	(24,03)		62,50 (26,52)		43,23 (24,92)		50,69 (22,60)	
	61,46							
	(23,17)							
Situação epidemiológica⁴⁺⁺								
Relacionamento heterossexual	55,04	0,054	57,81 (20,87)	0,013***	43,75 (22,04)	0,082	51,04 (28,27)	0,660
Outras formas ⁵	(23,92)		78,84 (27,66)		59,62 (31,52)		46,79 (27,33)	
	70,51							
	(19,58)							
Tabagismo⁺⁺								
Não	61,27	0,741	71,99 (23,28)	0,005***	51,16 (29,37)	0,386	51,54 (28,87)	0,497
Sim	(23,85)		46,88 (21,70)		44,38 (16,52)		44,17 (24,55)	
	58,33							
	(23,40)							
Depressão⁺⁺								
Não	62,36	0,359	65,73 (27,17)	0,812	49,78 (27,11)	0,844	51,72 (29,24)	0,369
Sim	(23,87)		63,28 (17,82)		47,66 (25,65)		41,67 (20,41)	
	53,65							
	(21,87)							
Comorbidades⁶⁺⁺								
Não		0,456	71,59 (25,82)	0,323	43,18 (31,06)	0,366	37,88 (21,85)	0,095

Sim	56,82 (15,17) 62,02 (26,28)	62,50 (25,00)	51,92 (24,48)	54,49 (28,70)
-----	--------------------------------------	---------------	---------------	---------------

* Os valores analisados nestas variáveis não coincidem com o número total da amostra (Situação conjugal com n=23 e TARV com n=32).

¹ Do lar ou desempregada

² Uso da terapia antirretroviral – TARV, no momento da coleta dos dados.

³ Compreende o resultado do último exame realizado. Valor de referência: linfócitos TCD4+ >350 céls/mm³ e carga viral <40 cópias/ml.

⁴ Compreende a forma de contágio do HIV.

⁵ Inclui 10 casos diagnosticados na gestação; 1 caso de violência sexual; 1 caso de usuária de drogas injetáveis e 1 caso de profissional do sexo e usuária de drogas injetáveis.

⁶ Inclui diagnóstico de patologias descritas no prontuário do paciente ou pelo menos uma das patologias de definição de casos de aids conforme Ficha de notificação/ investigação para pacientes com 13 anos ou mais.

+ Análise de Variância one-way (ANOVA) com teste post hoc de Tukey ($p \leq 5\%$).

** Teste t de Student para amostras independentes ($p \leq 5\%$).

** Não foi possível calcular o desvio padrão amostral pois n=1.

*** Significativo $\alpha=5\%$.

Tabela 4: Comparação das médias dos escores domínios 5 ao 9 do *Targeted Quality of Life Instrument (HAT-QoL)* entre as características sociodemográficas e clínicas de mulheres que vivem com HIV (n=37).

VARIÁVEIS	DOMÍNIOS HAT-QoL									
	5- PREOCUPAÇÕES COM A MEDICAÇÃO		6- ACEITAÇÃO DO HIV		7- PREOCUPAÇÕES COM O SIGILO		8- CONFIANÇA NO PROFISSIONAL		9- FUNÇÃO SEXUAL	
	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor	Média (DP)	p-valor
Faixa etária (anos)*										
20 - 24	56,94		75,00		45,00		66,67		87,50	
25 - 30	(12,03)		(25,00)		(35,00)		(57,74)		(21,65)	
40 - 59	69,27	0,416	61,72	0,782	40,63	0,720	76,56	0,872	57,03	0,185
≥ 60**	(23,66)		(33,38)		(26,39)		(29,59)		(37,35)	
	53,43		69,12		47,06		81,37		62,50	
	(23,53)		(26,56)		(30,88)		(24,03)		(33,07)	
			50,00		70,00				0	
Escolaridade*										
Analfabeto	80,00 (7,07)	0,429	62,50	0,716	67,50	0,354	66,67	0,844	62,50	0,654
≤ Fundamental completo	74,44		(17,68)		(10,61)		(11,79)		(35,36)	
≥ Médio completo	(24,74)		63,89		45,74		78,09		63,43	
	86,25		(31,65)		(28,88)		(28,51)		(35,00)	
	(13,02)		73,44		35,63		80,21		50,00	
			(21,59)		(28,34)		(34,20)		(40,09)	
Profissão**										
Com vínculo registrado ou autônoma	83,93	0,120	79,46	0,024***	52,14	0,221	75,00	0,635	62,50	0,791
	(15,59)		(22,26)		(28,40)		(32,19)		(37,34)	
Sem vínculo empregatício ¹	73,26		57,61		40,22		79,71		59,24	
	(25,12)		(29,85)		(28,14)		(27,04)		(35,20)	
Situação conjugal***										
Casada/união estável	82,50	0,477	68,75	0,866	38,57	0,695	81,55	0,935	61,61	0,706
	(19,88)		(30,52)		(24,84)		(24,06)		(39,67)	
Solteira/viúva/divorciada	76,11		66,67		42,78		80,56		56,94	
	(18,33)		(25,00)		(24,64)		(33,59)		(34,30)	
Tempo de Diagnóstico HIV*										
< 5 anos	80,00	0,661	52,50	0,181	27,00	0,019***	86,67	0,266	53,75	0,492
	(19,29)		(38,10)		(24,74)		(21,23)		(37,29)	
≥ 5 anos	76,30		70,83		51,30		74,69		62,96	
	(23,68)		(23,77)		(27,27)		(30,79)		(35,27)	
TARV^{2***}										
Uso regular	79,00	0,687	65,00	0,844	44,40	0,829	79,33	0,616	59,00	0,916
	(23,94)		(31,46)		(29,70)		(28,17)		(37,93)	
Uso irregular ou interrompido	75,00		62,50		47,14		72,62		60,71	
	(18,54)		(19,09)		(28,26)		(40,46)		(35,67)	
LINFÓCITOS										
TCD4+(células/mm³)³⁺⁺										
≥ 350	78,04	0,729	66,96	0,722	45,54	0,766	75,00	0,281	62,50	0,548
	(24,47)		(28,10)		(29,23)		(30,43)		(36,96)	
< 350	75,00		62,50		42,22		87,04		54,17	
	(15,00)		(33,07)		(27,40)		(21,70)		(31,87)	
Carga viral HIV(cópias/ml)³⁺⁺										
Indetectável ou ≤ 40	79,00	0,512	67,00	0,739	44,80	0,983	78,67	0,825	59,00	0,721
	(24,02)		(26,73)		(27,97)		(27,65)		(37,24)	
> 40	73,75		63,54		44,58		76,39		63,54	
	(18,96)		(34,32)		(30,71)		(32,14)		(33,05)	
Situação epidemiológica⁴⁺⁺										
Relacionamento heterossexual	73,96	0,222	66,15	0,940	46,88	0,541	71,53	0,065	55,21	0,226
	(22,98)		(29,14)		(31,06)		(30,69)		(33,36)	
Outras formas ⁵	83,46		65,38		40,77		89,74		70,19	
	(20,65)		(29,82)		(23,52)		(21,01)		(38,71)	
Tabagismo**										
Não	77,41	0,963	71,27	0,060	47,59	0,334	77,78	0,959	59,26	0,738
	(22,38)		(26,59)		(28,30)		(30,40)		(36,13)	
Sim	77,00		51,25		37,00		78,33		63,75	
	(23,59)		(31,43)		(28,87)		(25,22)		(35,58)	
Depressão**										
Não	80,17	0,139	68,53	0,295	41,90	0,254	77,59	0,896	60,34	0,967
	(21,44)		(29,81)		(27,85)		(29,05)		(36,30)	
Sim	66,88		56,25		55,00		79,17		60,94	
	(24,04)		(25,00)		(30,12)		(29,55)		(35,00)	
Comorbidades⁶⁺⁺										

Não	83,64	0,268	77,27	0,121	45,00	0,971	73,49	0,548	72,73	0,176
Sim	(19,38)		(26,11)		(26,55)		(34,52)		(32,51)	
	74,62		61,06		44,62		79,81		55,29	
	(23,36)		(29,22)		(29,73)		(26,48)		(36,09)	

* Os valores analisados nestas variáveis não coincidem com o número total da amostra (Situação conjugal com n=23 e TARV com n=32).

¹ Do lar ou desempregada

² Uso da terapia antirretroviral – TARV, no momento da coleta dos dados.

³ Compreende o resultado do último exame realizado. Valor de referência: linfócitos TCD4+ >350 céls/mm³ e carga viral <40 cópias/ml.

⁴ Compreende a forma de contágio do HIV.

⁵ Inclui 10 casos diagnosticados na gestação; 1 caso de violência sexual; 1 caso de usuária de drogas injetáveis. e 1 caso de profissional do sexo e usuária de drogas injetáveis.

⁶ Inclui diagnóstico de patologias descritas no prontuário do paciente ou pelo menos uma das patologias de definição de casos de aids conforme Ficha de notificação/ investigação para pacientes com 13 anos ou mais

+ Análise de Variância one-way (ANOVA) com teste post hoc de Tukey ($p \leq 5\%$).

++ Teste t de Student para amostras independentes ($p \leq 5\%$).

** Não foi possível calcular o desvio padrão amostral pois n=1.

*** Significativo a $\alpha=5$

4 DISCUSSÃO

O conhecimento do perfil sociodemográfico de PVHIV é necessário para planejar ações de cuidado a estes pacientes (Galvão; Costa; Galvão, 2017). No presente estudo, a média de idade das MVHIV foi de 39,3 anos (Tabela 1) corroborando o perfil epidemiológico da doença na população brasileira, que demonstra uma maior concentração de casos entre indivíduos com idade entre 25 e 39 anos, em ambos os sexos. Nessa faixa etária correspondem a 52,9% dos casos entre o sexo masculino e 49,0% entre as mulheres, do total de casos registrados de 1980 a junho de 2017 (Brasil, 2017a).

Ainda em relação ao perfil sociodemográficos (Tabela 1), observou-se baixa escolaridade e ausência de vínculo empregatício para a maioria das participantes, como apontado em outros estudos conduzidos com MVHIV (Galvão; Costa; Galvão, 2017; Gaspar *et al.*, 2015; Padoin *et al.*, 2015). Também identificamos que a maioria das mulheres era casada ou vivia em união estável, divergindo do estado civil relatado nos estudos de Argolo Júnior *et al.* (2014) e Betancourt *et al.* (2017).

Quanto às variáveis clínicas, verificamos que a maioria das participantes tiveram o diagnóstico da infecção pelo HIV em um período de 5 anos ou superior e faziam uso regular da TARV (Tabela 1). Em junho de 2017, cerca de 24,5 milhões de pessoas vivendo com HIV tinham acesso à terapia antirretroviral e a proporção de PVHIV diagnosticadas aumentou, passando de 71% para 79%, e 62% das PVHIV diagnosticadas estavam em uso da TARV (UNAIDS, 2020).

Também analisamos parâmetros clínicos relacionados as condições do sistema imunológico. Observamos que a maioria das participantes apresentou contagem de linfócitos TCD4+ ≥ 350 células/mm³ e carga viral indetectável ou ≤ 40 cópias/ml no último exame realizado (Tabela 1). De acordo com o Ministério da Saúde, das pessoas em uso da TARV há pelo menos seis meses, em 2016, 91% atingiram supressão viral (CV<1.000 cópias/mL), proporção acima da observada em 2012 (85%) (Brasil, 2017b). Além disso, desde 2010, há uma tendência de queda no diagnóstico tardio, o qual é caracterizado pelo resultado da primeira dosagem de linfócitos TCD4 menor que 200

células/mm³ no momento em que o paciente se apresenta ao serviço especializado para iniciar tratamento e seguimento da infecção (Brasil, 2017b). Essa situação pode ter sido impulsionada pelo acesso ao teste rápido para HIV na Atenção Básica, aumento de informações à população e realização de testagem rápida em consultas de pré-natal (Brasil, 2019).

Em relação a notificação epidemiológica, para a maioria das mulheres do nosso estudo o modo de contaminação foi a via sexual por relação heterossexual (Tabela 1), dados que vão ao encontro do perfil observado nas demais regiões brasileiras, onde a principal via de transmissão, entre homens e mulheres com 13 anos de idade ou mais, é a via sexual. Especificamente entre as mulheres nessa faixa etária, nota-se que 96,8% dos casos se inserem na categoria de exposição heterossexual (Brasil, 2017b).

Também quanto ao perfil clínico, a maioria das participantes não era tabagista e não tinha diagnóstico de depressão, porém, apresentava comorbidades (Tabela 1). Esses achados são concordantes com outro estudo desenvolvido no Sul do Brasil (Passos; Souza, 2015).

Na análise da QV (Tabela 2), a preocupação com a medicação e a confiança no profissional demonstraram associação com melhor qualidade de vida, pois os domínios “Preocupações com a medicação” e “Confiança no profissional” obtiveram média de escores superior a 75 pontos. O uso correto da medicação antirretroviral está associado ao bem-estar físico e influencia positivamente a qualidade de vida das PVHIV. Além disso, a confiança no médico é fundamental para a QV, pois a relação efetiva com o paciente influencia no tratamento, proporcionando melhores condições de saúde e maior adesão ao tratamento (Galvão *et al.*, 2015).

Por outro lado, o escore médio mais baixo (44,7) foi observado no domínio “Preocupações com o sigilo” (Tabela 3), associando a preocupação com o sigilo a menor qualidade de vida. Este resultado corrobora outros estudos (Medeiros *et al.*, 2017; Okuno *et al.*, 2014; Soares *et al.*, 2015). Esta preocupação pode estar relacionada ao medo da não aceitação pela sociedade, família e amigos, bem como ao sentimento de culpa e vergonha ligados à imagem negativa da doença (Caliari *et al.*, 2018).

Quando comparamos as médias dos escores dos nove domínios do HAT-QoL segundo às características sociodemográficas e clínicas, identificamos que as mulheres contaminadas por meio de relacionamento heterossexual tinham escore significativamente menor em relação a satisfação com a vida do que aquelas que adquiriram a infecção por outras formas (Tabela 3). Braz Milanez Oliveira *et al.* (2017) afirmam que a desconfiança no parceiro, a infecção pelo HIV ocasionada por infidelidade e o medo de estabelecer novos relacionamentos afetivo-sexuais contribuem para uma menor satisfação com a vida.

Da mesma forma, as mulheres tabagistas apresentaram escore significativamente menor quanto a satisfação com a vida, em comparação às não fumantes (Tabela 3). A literatura relata que, devido ao seu contexto socioeconômico e médico complexos, além da maior suscetibilidade à problemas de saúde, transtornos psicológicos e uso de substâncias, PVHIV tem maior propensão ao hábito de fumar, assim como menor motivação para deixar de fumar (Bekele *et al.*, 2017).

Diferenças estatisticamente significativas também foram encontradas quando comparadas as médias dos escores do domínio “Preocupação com o Sigilo” segundo o tempo de diagnóstico do

HIV. Mulheres com tempo de diagnóstico menor de cinco anos apresentaram escore significativamente menor, do que as mulheres diagnosticadas com HIV há cinco anos ou mais (Tabela 4).

Estudo conduzido por Ferreira *et al.* (2012) identificou piores escores de QV em PVHIV com menor tempo de infecção. Os autores afirmam que isto pode ser decorrente da nova rotina imposta ao indivíduo, que inclui a necessidade de consultas médicas, controle da medicação e realização de exames laboratoriais, bem como a própria aceitação da doença e modificação nos relacionamentos sociais. Por outro lado, um maior tempo de vivência com diagnóstico possibilita às PVHIV estabelecerem mecanismos de adaptação à doença. Assim, indivíduos com menor tempo de diagnóstico, por ainda estarem se adaptando a nova condição, podem apresentar alterações na QV, incluindo a preocupação com o sigilo, como observado em nosso estudo (Hipolito *et al.*, 2017).

Também observamos que as mulheres com ocupação laboral evidenciaram escore significativamente maior no domínio “Aceitação do HIV” do que as mulheres sem vínculo empregatício (Tabela 4). Isto pode ser explicado pelo fato do emprego gerar, além de benefícios financeiros, uma fonte de apoio social, emocional e identidade (Costa; Oliveira, 2013).

5 CONCLUSÃO

Por fim, conhecer as características clínicas e sociodemográficas de MVHIV, bem como os fatores que interferem na sua qualidade de vida, são importantes para desenvolver e fortalecer intervenções nos diferentes contextos de cuidado a este grupo de pacientes. As informações obtidas nesse estudo indicam que, na população avaliada, devem ser fortalecidas ações voltadas ao enfrentamento da doença, principalmente entre as mulheres tabagistas e heterossexuais. Outrossim, deve ser dada atenção ao sentimento de preocupação com o sigilo relatado pelas mulheres, especialmente entre aquelas com menor tempo de diagnóstico. Já a preocupação com a medicação e confiança no profissional foram aspectos que influenciaram positivamente a percepção de qualidade de vida das mulheres avaliadas, sugerindo um bom suporte, acolhimento e vínculo ao serviço que as assiste. Além disso, mulheres com vínculo empregatício demonstraram maior aceitação da doença, por isso, estratégias de inserção no mercado de trabalho precisam ser incentivadas.

REFERÊNCIAS

- Bekele, T., Rueda, S., Gardner, S., Raboud, J., Smieja, M., Kennedy, R., ... & OHTN Cohort Study Team. (2017). Trends and correlates of cigarette smoking and its impacts on health-related quality of life among people living with HIV: Findings from the Ontario HIV Treatment Network Cohort Study, 2008–2014. *AIDS Patient Care and STDs*, 31(2), 49-59.
- Betancur, M. N., Lins, L., Oliveira, I. R. D., & Brites, C. (2017). Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 21(5), 507-514.
- Brasil. (2019). Ministério da Saúde. Departamento de vigilância, prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. *Protocolo clínico e Diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Brasília: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2017a). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Boletim Epidemiológico - AIDS e IST, Ano V - nº 1 - 27ª a 53ª - semanas epidemiológicas - julho a dezembro de 2016, Ano V - nº 1 - 01ª a 26ª - semanas epidemiológicas*. Janeiro a junho.
- Brasil. (2017b). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. *Relatório de Monitoramento Clínico do HIV*. Brasília- DF, dezembro.
- Brasil. (1999). Ministério da Saúde. *Política Nacional de DST/AIDS: Princípios e Diretrizes*. Brasília, p. 13-33.
- Brasil. (1996). *Lei 9.313 de 13 de novembro de 1996*. Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Disponível em: [http://www.planalto.gov.br/ccivil_03/Leis/L9313.htm].
- CT, O. (2013). Quality of life of people with human immunodeficiency virus and interiorization: multidimensional assessment. *J Nurs UFPE*, 7(10), 5866-75.
- de Medeiros, J. A., da Silva, T. A. L., de Andrade, R. D., de Medeiros, D. C., de Souza Araújo, J., de Oliveira, A. M. G., ... & Dantas, P. M. S. (2017). Qualidade de vida, fatores socioeconômicos e clínicos e prática de exercício físico em pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista de Saúde Pública*, 51, 1-8.
- de Souza Caliari, J., Fleck Renato, L. A., Pio, M., Patrícia, D., Pimenta Lopes, L., Reis, R. K., & Gir, E. (2018). Qualidade de vida de idosos vivendo com HIV/aids em acompanhamento ambulatorial. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 71.
- de Soárez, P. C., Castelo, A., Abrão, P., Holmes, W. C., & Ciconelli, R. M. (2009). Tradução e validação de um questionário de avaliação de qualidade de vida em AIDS no Brasil. *Revista Panamericana de Salud Pública*, 25, 69-76.
- de Souza, W. A., Santos, J. A. T., & de Oliveira, M. L. F. (2014). Trinta anos de avanços políticos e sociais e os novos desafios para o enfrentamento da AIDS. *Gestão e Saúde*, 6(1), pag-487.

- Ferreira, B. E., Oliveira, I. M., & Paniago, A. M. M. (2012). Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. *Revista Brasileira de Epidemiologia*, 15, 75-84.
- Galvão, M. T. G., Soares, L. L., Pedrosa, S. C., Fiuza, M. L. T., & Lemos, L. D. A. (2015). Qualidade de vida e adesão à medicação antirretroviral em pessoas com HIV. *Acta Paul Enferm.*, 28(1), 48-53.
- Galvão, J. M. V., da Costa, A. C. M., & Galvão, J. V. (2017). Demographic and socio-demographic profile of people living with HIV/AIDS/Perfil sócio demográfico de portadores de HIV/AIDS de um serviço de atendimento especializado/Perfil socio demográfico de los pacientes con HIV/AIDS un servicio de atención... *Revista de Enfermagem da UFPI*, 6(1), 4-8.
- Gaspar, J., Quintana, S. M., Reis, R. K., & Gir, E. (2015). Fatores sociodemográficos e clínicos de mulheres com papilomavírus humano e sua associação com o vírus da imunodeficiência humana. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 23(1), 74-81.
- Gianella, S., Tsibris, A., Barr, L., & Godfrey, C. (2016). Barriers to a cure for HIV in women. *Journal of the International AIDS Society*, 19(1), 20706.
- Hipolito, R. L., de Oliveira, D. C., da Costa, T. L., Marques, S. C., Pereira, E. R., & Gomes, A. M. T. (2017). Qualidade de vida de pessoas convivendo com HIV/aids: relação temporal, sociodemográfica e perceptiva da saúde. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25, e2874.
- Júnior, C. A., Ferreira, S. M. S., Albuquerque, V. W. T., & Silva, J. Í. B. W. (2014). Avaliação da qualidade de vida de mulheres com diagnóstico de HIV/AIDS em Maceió, Alagoas, Brasil. *O Mundo da Saúde, São Paulo*, 38(4), 448-61.
- Okuno, M. F. P., Gomes, A. C., Meazzini, L., Scherrer Júnior, G., Belasco Junior, D., & Belasco, A. G. S. (2014). Qualidade de vida de pacientes idosos vivendo com HIV/AIDS. *Cadernos de Saúde Pública*, 30, 1551-1559.
- Oliveira, F. B. M., Queiroz, A. A. F. L. N., Sousa, Á. F. L. D., Moura, M. E. B., & Reis, R. K. (2017). Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(5), 1004-1010.
- Padoin, S. M. D. M., Züge, S. S., Aldrighi, J. D., Primeira, M. R., Santos, É. E. P. D., & Paula, C. C. D. (2015). Mulheres do Sul Brasil em terapia antirretroviral: perfil e o cotidiano medicamentoso. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 24, 71-78.
- Passos, S. M. K., & Souza, L. D. D. M. (2015). An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cadernos de saude publica*, 31, 800-814.
- Reis, R. K. (2008). *Qualidade de vida de portadores do HIV/aids: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais* (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Soares, G. B., Garbin, C. A. S., Roviada, T. A. S., & Garbin, A. J. Í. (2015). Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20, 1075-1084.

UNAIDS. (2020). Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. *Resumo informativo: Estatísticas*. Disponível em [<https://unaid.org.br/estatisticas/>]

Villela, W. V., & Barbosa, R. M. (2017). Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22, 87-96.

WHO. (2017). World Health Organization. *Joint United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). The Gap Report*.

COMO CITAR ESTE ARTIGO:

Cardoso, M. A. S., Mugnol, T., Dos Santos, J. M., Sperling, G. S., Diefenthäler, L. v., Garlet, M. A., Figueiró, M. F., Moreira, P. R., Coser, J. (2021). Perfil e qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV. *Holos*. 37 (3), 1-16.

SOBRE OS AUTORES

M. A. S. CARDOSO

Enfermeira, Mestre em Atenção Integral à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (Unicruz/Unijuí).

E-mail: mariele_as@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0001-6656-0252>

T. MUGNOL

Biomédica, Mestranda em Atenção Integral à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (Unicruz/Unijuí).

E-mail: tatimugnol@hotmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-1003-5800>

J. L. DOS SANTOS

Biomédica, Mestranda em Atenção Integral à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (Unicruz/Unijuí).

E-mail: julianalemes91@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-1724-4477>

S. G. SPERLING

Enfermeira, Mestre em Atenção Integral à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (Unicruz/Unijuí).

E-mail: sarag.sperling@yahoo.com.br

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4262-5944>

V. L. DIEFENTHÄLER

Biomédica, Mestre em Atenção Integral à Saúde pelo Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (Unicruz/Unijuí).

E-mail: sarag.sperling@yahoo.com.br



ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-4237-7397>

M. GARLET

Enfermeira, Especialista em Ciências da Saúde com Área de Concentração em Saúde Pública - ênfase em Ação Comunitária (UNC), Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis - Cruz Alta, RS.

E-mail: saecruzalta@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-8551-2405>

M. F. FIGUEIRÓ

Física, Doutora em Física (USP) e Pós-Doutora em Estatística (USP).

E-mail: mfigueiro@unicruz.edu.br

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-6996-0048>

P. R. MOREIRA

Médico, Doutor em Medicina - Nefrologia (UFRGS), Docente do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias (Unicruz) e do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (Unicruz/Unijuí).

E-mail: prm.paulomoreira@gmail.com

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0002-3001-1988>

J. COSER

Biomédica, Doutora em Biologia Celular e Molecular Aplicada à Saúde (ULBRA), Docente do Centro de Ciências da Saúde e Agrárias (Unicruz) e do Programa de Pós-Graduação em Atenção Integral à Saúde (Unicruz/Unijuí).

E-mail: coser@unicruz.edu.br

ORCID ID: <https://orcid.org/0000-0003-3631-0847>

Editor(a) Responsável: Francinaide de Lima Silva Nascimento e Leandro Costa

