

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**SATISFAÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO TRANSVERSAL EM
MULHERES VIVENDO COM HIV EM UM AMBULATÓRIO DO SUL DO BRASIL**

Caroline da Luz Pereira

Porto Alegre

2022

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
FACULDADE DE MEDICINA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM MEDICINA: CIÊNCIAS MÉDICAS

**SATISFAÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO TRANSVERSAL EM
MULHERES VIVENDO COM HIV EM UM AMBULATÓRIO DO SUL DO BRASIL**

Caroline da Luz Pereira

Orientador: Prof. Dr. Diego Rodrigues Falci

Dissertação apresentada como requisito parcial para
obtenção do título de Mestre em Medicina: Ciências Médicas, da
Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Programa de Pós-
Graduação em Medicina: Ciências Médicas.

Porto Alegre

2022

CIP - Catalogação na Publicação

Pereira, Caroline
SATISFAÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO
TRANSVERSAL EM MULHERES VIVENDO COM HIV EM UM
AMBULATÓRIO DO SUL DO BRASIL / Caroline Pereira. --
2023.
96 f.
Orientador: Diego Falci.

Dissertação (Mestrado) -- Universidade Federal do
Rio Grande do Sul, Faculdade de Medicina, Programa de
Pós-Graduação em Medicina: Ciências Médicas, Porto
Alegre, BR-RS, 2023.

1. mulheres vivendo com HIV/AIDS. 2. SSS-W. 3.
WHOQOL. 4. satisfação sexual. 5. qualidade de vida. I.
Falci, Diego, orient. II. Título.

Elaborada pelo Sistema de Geração Automática de Ficha Catalográfica da UFRGS com os
dados fornecidos pelo(a) autor(a).

Epígrafe:

“Meu recado às mulheres: contem suas histórias. Descubram o poder de milhões de vozes que foram caladas por séculos.”

Ryane Leão

Agradecimentos

Nós nunca conseguimos realizar nada sozinhos no mundo, este trabalho não seria diferente. Portanto, deixo aqui meus agradecimentos à todas as pessoas que de alguma forma me ajudaram neste caminho.

Ao meu orientador Dr. Diego Rodrigues Falci pela oportunidade de realizar esta pesquisa, pela sua disponibilidade e pelos ensinamentos.

Ao Programa de Pós-Graduação em Medicina da UFRGS pelo espaço e pelo auxílio nas demandas durante a execução do projeto.

A todas as participantes desta pesquisa por aceitarem participar do estudo e compartilharem suas histórias de tanta resiliência comigo.

Às Professoras da Comissão Examinadora, Luciano Goldani, Maria Helena Rigatto, Maria Letícia Ikeda e Yáskara Arrial Palma que aceitaram colaborar com este trabalho fazendo parte da Banca.

A Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior - CAPES, por viabilizar financeiramente a realização deste estudo.

Aos meus avós, Ivani de Lourdes Lucas e Osvaldo Melo da Luz, que me criaram com amor e responsabilidade.

Ao meu esposo Rafael Mengue Martins por seu companheirismo, sua gentileza e seu olhar carinhoso.

A minha amiga Nicole Nascimento por ter acreditado na minha competência, me motivado a ingressar no mestrado e me acolhido nos momentos de dificuldade.

A minha amiga Luiza Peixoto Goldenfum por me ouvir sempre com amor, por confiar em mim e me ajudar a crescer.

As minhas amigas Cintia Jahn e Andresa Dias pela disponibilidade da escuta empática e pelas descontrações necessárias que trazem leveza no processo.

A minha psicóloga Hellena Bonaccore pelo acolhimento, paciência e afeto.

RESUMO

Base teórica: Com o crescimento do número de mulheres com HIV houve o fenômeno da feminização da doença que quando entrelaçado ao papel que a mulher ocupa na sociedade, precisa ser olhado com maior atenção. Falar da qualidade de vida de pessoas que vivem com o vírus e de sexualidade feminina é urgente para que consigamos diminuir os estigmas e aumentar os cuidados para com essas mulheres em diversas dimensões, fazendo com que preservem sua dignidade e garantam seus direitos.

Objetivo: Avaliar a satisfação sexual e qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/AIDS atendidas no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre contemplando uma revisão sistemática das produções já existentes sobre QV e satisfação sexual de MVHA no Brasil e no mundo.

Métodos: Trata-se de um estudo transversal realizado em mulheres vivendo com HIV em acompanhamento no Hospital de Clínicas de Porto Alegre. As participantes incluídas no estudo foram somente mulheres tanto cisgênero quanto transgênero, com carga viral indetectável e idade igual ou superior a 18 anos. Utilizou-se a Escala de Satisfação Sexual Feminina (SSS-W) para medir a satisfação sexual e o instrumento WHOQOL-HIV Bref para medir a qualidade de vida dessas mulheres. Para testar as associações entre as variáveis foram utilizados testes de Wilcoxon / Kruskal-Wallis e correlação de Spearman.

Resultados: A média de idade das 77 mulheres entrevistadas foi de 49 anos (DP = 11,71). Predominaram mulheres solteiras na amostra (40,2%). Em nosso estudo há a possibilidade de afirmarmos que há uma correlação significativa moderada entre a QV e a satisfação sexual nas MVHA (coeficiente de correlação = 0,33) (0,0030). Encontrou-se uma discreta tendência de que a satisfação sexual seja estatisticamente significativa nas mulheres com relacionamento estável do que nas mulheres com relacionamento não estável (110,92 vs. 102,43) (p=0,15), embora não tenha sido demonstrada uma correlação significativa entre satisfação sexual e a idade das entrevistadas (coeficiente de correlação = -0,095; p=0,40). Na percepção de sua saúde, 72,7% das entrevistadas consideraram sua saúde entre “boa ou muito boa” e as mulheres que descreveram sua saúde como “boa ou muito boa” apresentaram maior

escore de QV em comparação àquelas que descreveram como “muito ruim, ruim ou mais ou menos” (111,25 vs. 101,00) ($p=0,0034$).

Conclusão: A correlação entre QV e SSS ainda que moderada, nos sugerem uma influência entre essas facetas na vida das MVHA, nesse sentido, são necessários mais estudos, uma vez que são escassos, afim de nos aprofundarmos nestes assuntos tão complexos. A promoção de um meio ambiente seguro e de relações sociais saudáveis impactam diretamente na QV de MVHA, assim como as que apresentam maior escore na QV também se mostram com maior contentamento, compatibilidade, menor preocupação sexual e menor preocupação pessoal. Neste sentido, entendemos que é necessário acolher essas mulheres para além do tratamento medicamentoso, ampliando o acesso à informação, não só delas mas da sociedade para que tentemos desestigmatizar cada vez mais quem vive com HIV/AIDS e trabalhar fortemente para o empoderamento das MVHA.

Palavras-chave: mulheres vivendo com HIV/AIDS, SSS-W, WHOQOL, satisfação sexual, qualidade de vida

ABSTRACT

Background: With the growth in the number of women with HIV, there was the phenomenon of feminization of the disease that, when intertwined with the role that women occupy in society, needs to be looked at with greater attention. Talking about the quality of life of people living with the virus and female sexuality is urgent so that we can reduce stigma and increase care for these women in different dimensions, ensuring that they preserve their dignity and guarantee their rights.

Objective: To evaluate sexual satisfaction and quality of life in women with HIV/AIDS treated at the outpatient clinic of the Hospital de Clínicas de Porto Alegre, contemplating a systematic review of existing productions on QoL and sexual satisfaction of WLHA in Brazil and worldwide.

Methods: This is a cross-sectional study carried out with women living with HIV being followed up at the Hospital de Clínicas in Porto Alegre. The participants included in the study were only women, both cisgender and transgender, with undetectable burden and age equal to or greater than 18 years. The Female Sexual Satisfaction Scale (SSS-W) and the WHOQOL-HIV Bref instrument were used to measure the quality of life of these women. To test associations between variables, Wilcoxon / Kruskal-Wallis and Spearman correlation tests were used.

Results: The average age of 77 women interviewed was 49 years (SD = 11.71). Single women predominated in the sample (40.2%). In our study, it is possible to state that there is a moderately significant correlation between QoL and sexual satisfaction in WLHA (correlation coefficient = 0.33) (0.0030). A slight trend was found for sexual satisfaction to be statistically significant in women in a stable relationship than in women in a stable relationship (110.92 vs. 102.43) (p=0.15), although it has not been demonstrated a significant correlation between sexual satisfaction and the age of the interviewees (correlation coefficient = -0.095; p=0.40). In the perception of their health, 72.7% of the interviewees considered their health to be between “good or very good” and women who described their health as “good or very good” had a higher QoL score compared to those who described it as “very poor”. , bad or more or less” (111.25 vs. 101.00) (p=0.0034).

Conclusion: The correlation between QoL and SSS, even if moderate, suggests an influence between these facets in the lives of the WLHA, in this sense, more studies are needed, since they are scarce, in order to delve into these complex subjects. The promotion of a safe environment and healthy social relationships have a direct impact on the QoL of WLHA, as well as those with a higher QoL score also show greater contentment, compatibility, less sexual concern and less personal concern. In this sense, we understand that it is necessary to welcome these women beyond drug treatment, expanding access to information, not only from them but from society, so that we can try to increasingly destigmatize those living with HIV/AIDS and work hard for the empowerment of WLHA.

Keywords: women living with HIV/AIDS, SSS-W, WHOQOL, sexual satisfaction, quality of life

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Estratégia de busca de referências bibliográficas.

Figura 2 – Marco conceitual dos fatores que influenciam a satisfação sexual e o nível de qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS – Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, do Inglês, Acquired Immunodeficiency Syndrome

CD4+ - Linfócitos T CD4+

DSM-5 - Manual Diagnóstico de Transtornos Mentais

HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana, do Inglês, Human Immunodeficiency Vírus

HCPA – Hospital de Clínicas de Porto Alegre

IST - Infecções Sexualmente Transmissíveis

MVHA – Mulheres vivendo com HIV/AIDS

PVHA - pessoas vivendo com HIV/AIDS

QV – Escore de qualidade de vida

SSS-W – Escala de avaliação da satisfação sexual de mulheres, do Inglês, Self Sexual Satisfaction Scale for Women

TARV – Terapia antirretroviral

TCLE – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

WHOQOL HIV Bref – Instrumento de avaliação e qualidade de vida da Organização Mundial da Saúde, do Inglês, World Health Organization Quality of Life

SUMÁRIO

1. <u>INTRODUÇÃO</u>	13
2. <u>REVISÃO DA LITERATURA</u>	15
2.1 <u>Estratégias para localizar e selecionar as informações</u>	15
2.2 <u>Feminização do HIV</u>	15
2.3 <u>Gênero e vulnerabilidade</u>	16
2.4 <u>Sexualidade de mulheres que vivem com HIV</u>	17
2.5 <u>Qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV</u>	18
3. <u>MARCO CONCEITUAL</u>	20
4. <u>JUSTIFICATIVA</u>	21
5. <u>OBJETIVOS</u>	22
5.1 <u>Objetivo primário</u>	22
5.2 <u>Objetivos secundários</u>	22
6. <u>REFERÊNCIAS</u>	23
7. <u>CONSIDERAÇÕES FINAIS</u>	31
8. <u>PERSPECTIVAS FUTURAS</u>	32
9. <u>ANEXOS</u>	33
<u>Anexo 1 – STROBE</u>	33
<u>Anexo 2 – Parecer do CEP</u>	35
<u>Anexo 3 – Whoqol-HIV Bref</u>	38
<u>Anexo 4 – SSS-W</u>	42

1. INTRODUÇÃO

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ataca células específicas TCD4+ (linfócitos) do sistema imunológico, células essas que são responsáveis por defender o organismo de doenças e é causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O HIV é uma infecção que pode ser transmitida por relações sexuais sem proteção, materiais perfurocortantes contaminados, compartilhamento de seringas e verticalmente durante a gravidez, parto ou amamentação, não há cura e requer que os portadores permaneçam em tratamento durante toda a vida. A pandemia do HIV/AIDS se iniciou em meados de 1981 nos Estados Unidos, e no Brasil, teve os primeiros casos registrados em 1982 e representa um fenômeno global, multifacetado e de reflexão biopsicossocial.^{1, 2}

A estigmatização da doença caminha junto com ela desde seu surgimento, é uma questão tão central quanto o próprio vírus em si, pois esteve extremamente vinculada a grupos específicos como: homens homossexuais e bissexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Os estigmas são construções sociais e culturais que transformam a característica de uma pessoa em um atributo negativo, desqualificando-a, criando obstáculos para construção de um ser humano com dignidade e normalmente acontece em eixos da sociedade como gênero, sexualidade, raça/etnia, classe social e outros.³

Um levantamento histórico indicou que mesmo com a etiologia do HIV tendo sido descoberta em 1984, apenas em 1990 a contaminação em mulheres foi reconhecida como uma realidade, e caracterizado o então futuro fenômeno da feminização do vírus.⁴ O que acaba por revelar que a ciência, permeada por atravessamentos sociais ao que diz respeito à influência heteronormativa, negligenciou aspectos relevantes que contribuíram e contribuem até hoje para a exposição de mulheres à contaminação.

Estamos falando de dois assuntos que são tabus na sociedade: sexualidade feminina e HIV/AIDS. É comum as mulheres não sentirem prazer em suas experiências sexuais, apenas 30% das mulheres conseguem chegar ao orgasmo, pois o sexo não está em prol do prazer feminino. Essa lógica está ligada a dois polos pelos quais as mulheres são categorizadas: “mulher da vida” que a é aquela faz o uso livre da sexualidade e por esse motivo merece castigo, pois na visão estigmatizante da sociedade essa mulher não sabe fazer o uso adequado da sua liberdade e a “mulher doméstica” que se refere a que tem competência para ser esposa e mãe.⁵

Nesse sentido, o entendimento da satisfação sexual juntamente com a qualidade de vida das portadoras de HIV/AIDS se torna importante para avaliarmos a saúde mental dessas

mulheres e o quanto os estigmas em relação a gênero e sexualidade exercem controle sobre o corpo feminino.

2. REVISÃO DA LITERATURA

2.1 Estratégias para localizar e selecionar informações

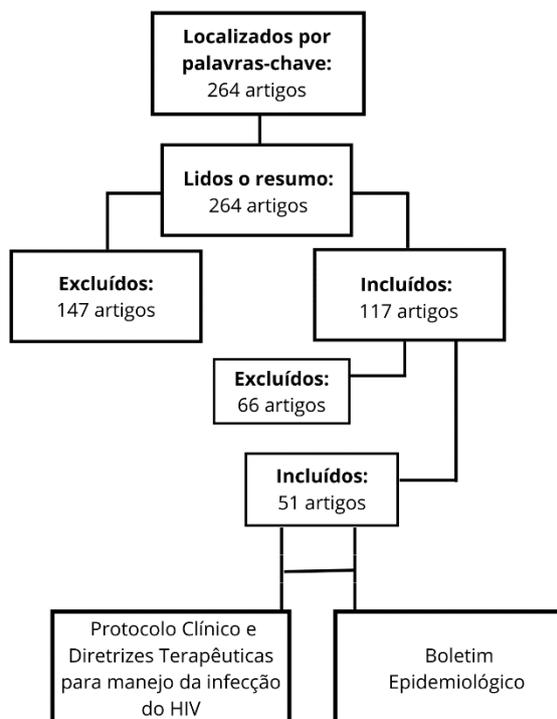


Figura 1 - Estratégia de busca de referências bibliográficas

2.2 Feminização do HIV

O Brasil possui um dos melhores programas de tratamento e prevenção de HIV/AIDS no mundo.¹⁸ Apesar disso, caracterizaram-se fenômenos epidemiológicos como a feminização do vírus no país. De 1980 a junho de 2022, foram identificados 1.088.536 casos de aids no Brasil. De 2007 a 2022 foram notificados 434.803 novos casos de HIV sendo 84.242 (19,4%) na região Sul, uma das maiores taxas (24,3 casos por 100 mil habitantes), com a razão de 10 mulheres para cada 19 homens. Em 2021 observou-se novas infecções em mulheres entre 15 e 34 anos, representando 45,6% dos novos casos e há uma diferença de percentual significativo entre os anos de 2011 e 2021 nos novos casos de mulheres com 50 anos ou mais, sendo 12,2% e 17,9% respectivamente.^{9, 39}

A feminização do HIV é considerada uma subepidemia relacionada a vulnerabilidade do sexo feminino na sociedade. Pelo estigma social inicial em relação a epidemia do vírus, onde o grupo de risco eram considerados os gays, travestis, transexuais e profissionais do sexo houve uma minimização do risco de outros indivíduos e o que mais cresceu acabou sendo a infecção de mulheres dentro de um contexto de relações heterossexuais estáveis.²⁸

Os maiores contextos de vulnerabilidade feminina se dão pela iniciação sexual precoce, uso de substâncias psicoativas, menor frequência no uso de preservativo, violência sexual e histórico de IST's (Infecções Sexualmente Transmissíveis) anteriores e é comum que as mulheres não se veem como um grupo de risco e por isso em muitos casos não se protegem, assim como sua auto percepção acerca de sua vulnerabilidade é agravada quando elas se encontram em um relacionamento monogâmico.^{4, 10}

2.3 Gênero e vulnerabilidade

Existe complexidade ao falarmos de vulnerabilidade, nesse conceito, buscamos entender como grupos e indivíduos se expõem ou são expostos a algumas condições de saúde. Quando nos remetemos a vulnerabilidade social, estamos falando de estrutura econômica, políticas públicas, cultura, educação, entre outros; ao que se refere a vulnerabilidade individual, estamos falando de características biológicas e pessoais, percepção de risco e atitudes de autoproteção.

13

A percepção de risco e atitudes de autoproteção são importantes para as mulheres pois lhes empoderam frente a esse lugar que ocupam socialmente. Um dos grandes problemas é a confiança que essas mulheres possuem no próprio comportamento sexual monogâmico e em seus parceiros, confiança esta que se dá pelo medo da perda do parceiro, uma vez que em seu desenvolvimento, a mulher é ensinada que depende de um outro, ficando assim sem autonomia sobre si e sobre seu próprio corpo. Essa autonomia feminina é retirada não só pela forma como ensinam as mulheres a servirem, mas também pela forma como ensinam aos homens que a sua masculinidade está diretamente ligada a ser forte, viril e autossuficiente.^{27,29, 33}

Embora existam muitos fatores biológicos que expliquem a maior infecção do HIV em mulheres, onde em relações heterossexuais a mulher tem até quatro vezes mais chances de infecção do que o homem pois a zona de exposição ao vírus durante a relação sexual é de maior superfície, uma quantidade maior de fluidos são transferidos do homem para a mulher, a

quantidade de vírus contidos no sêmen é maior que nos fluidos vaginais, ocorrem microfissuras no tecido vaginal ou retal durante a penetração, entre outros, ainda assim os aspectos de gênero na sociedade se sobressaem. É comum as mulheres possuírem menor escolaridade que os homens o que acarreta numa realidade socioeconômica menos privilegiada, assim como é autorizado socialmente aos homens uma multiplicidade de parceiras, o que coloca essas mulheres ainda mais em risco mesmo que indiretamente. As relações de poder entre o sexo masculino e o sexo feminino são desequilibradas e a violência contra as mulheres, e é importante lembrar que a impossibilidade de negociação sobre o uso da camisinha também se trata de uma violência, é um fator de extrema importância quando falamos de IST'S.^{10, 13, 16, 33, 37}

É importante expressar que depois da descoberta do diagnóstico a vulnerabilidade dessas mulheres se potencializa, aumentando as chances de serem violentadas, principalmente as mulheres negras, de baixo patamar socioeconômico e de países de menor renda. Violência esta que acarreta prejuízos significativos em suas saúdes física e mental, expondo-as à discriminações, maiores perdas financeiras, conflitos ou evitação de relações afetivas com aumento dos índices de risco de suicídio.^{26, 41, 43, 46}

2.4 Sexualidade de mulheres que vivem com HIV

Falar de sexualidade feminina é um grande tabu, pois o sexo na vida das mulheres é colocado a serviço da reprodução e não do prazer, esse olhar voltado para a sexualidade da mulher como reprodução perpetua sua submissão, dificultando o seu empoderamento e autonomia.¹⁵ Quando falamos de MVHA o problema pode se tornar ainda mais difícil, uma vez que a maior incidência da infecção pelo vírus se dá a partir da atividade sexual, comumente heterossexual e dentro de uma relação estável e para além disso há uma perspectiva preconceituosa e dicotômica onde as mulheres com HIV/AIDS são vistas como “mulheres da rua e do sexo”, enquanto as outras são enxergadas como “mulheres da casa e dos filhos”.¹⁹

Pensando nos fatores que interferem na sexualidade, é possível pontuarmos a falta de diálogo sobre o tema entre casais, a dificuldade de negociação sobre o uso do preservativo, a não soropositividade do parceiro(a), o receio de contaminar outras pessoas.^{31, 32} É importante ressaltar que o desejo pela relação sexual pode diferenciar de mulher para mulher, pois assim como em outros estudos, neste nosso estudo também observou-se entrevistadas que relatavam

sentir nojo e não cogitavam se envolver sexualmente novamente pois foi a partir disso que se infectaram e também existem aquelas que contam sentir desejo mas evitam justamente pelo medo de contaminar outras pessoas ou sofrerem preconceito e serem rejeitadas, o nojo advém não só do homem que a infectou mas também sobre a percepção de seu próprio corpo adoecido.²²

A discussão sobre a sexualidade da mulher dificilmente é trazido por vontade das mesmas, muito por não serem estimuladas a olhar para essa dimensão de suas vidas. As PVHA, principalmente as mulheres em relação aos homens mostram-se com enfrentamento negativo sobre a adaptação sexual após o diagnóstico, muitas interrompem ou diminuem drasticamente as atividades sexuais pelo tem medo de revelar o diagnóstico e serem rejeitadas, assim como por conta da ansiedade, sentimentos de culpa, raiva e medo, outros fatores psicológicos, inclusive podendo desenvolver alguma disfunção sexual como comorbidade.^{11, 25, 29, 30, 45, 47}

A satisfação sexual é importante para a saúde o bem estar feminino. Deve-se considerar que mulheres com mais idade, na menopausa e vivendo com o vírus ou diagnosticada em idades mais avançadas possuem maior probabilidade de menores escores na satisfação sexual, principalmente se realizam o tratamento com a TARV, pois existem estudos que trazem o tratamento como significativo na diminuição de expressões sexuais e qualidade de vida. Contudo, é relatado escores maiores de satisfação sexual quando as MVHA estão há mais tempo em tratamento, por terem mais propriedade ao que diz respeito aos menores riscos de contaminação com a TARV adequada.^{40, 42, 48, 49, 51}

2.5 Qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV

Para muitos e muitas a descoberta da soropositividade é um trauma potencial na vida, pois dão origem à conflitos importantes, principalmente na construção do próprio sujeito no mundo. Com isso também surgem diversos medos como: da discriminação, de si mesmo, físico e em aspectos relativos à morte.⁶ Nesse sentido, a qualidade de vida (QV) de PVHA tem sido bastante investigada para a tentativa de promoção de políticas públicas e cuidados com este grupo.

Com a introdução da TARV de alta potência e efetividade, e consequentemente do aumento da expectativa de vida de PVHA, a QV tem sido um ponto central dos pesquisadores e na maioria dos estudos tem-se estabelecido que há essas pessoas apresentam uma diminuição

da QV, principalmente com a presença de humor deprimido, ansiedade, vergonha, frustração. Alguns fatores que impactam diretamente na QV das MVHA são as características sociodemográficas, escolaridade e situação socioeconômica, ou seja, todos os aspectos já apontados quando discorremos sobre gênero e vulnerabilidade.^{17, 23, 36}

Dentro dos transtornos psiquiátricos que PVHA tem comorbidade, se sobressai o transtorno depressivo de humor, estima-se que PVHA tenham entre duas e sete vezes mais probabilidade de desenvolver depressão do que a população em geral. Ainda com o surgimento da TARV e o aumento da expectativa de vida, tem-se aumentado o número de pessoas envelhecendo com o vírus ou tendo um diagnóstico tardio, nesse sentido, é importante lembrar que negligenciamos este público e sua saúde bem estar são prejudicados.^{38, 44} Quando falamos de humor deprimido, biologicamente as mulheres que não vivem com HIV já são mais propensas e tem maior prevalência do diagnóstico de depressão do que os homens e também são mais vulneráveis pois experienciam um maior número de determinantes sociais negativos como: acúmulo de trabalho doméstico e cuidado com os filhos, carga desproporcional em relação à prestação de cuidados, entre outros. Essas questões se potencializam quando nos referimos a MVHA, assim como a depressão está estritamente associada à evitação de relações sexuais.^{35, 52}

Muitos dos conflitos presentes em MVHA podem ser subjetivos mas de qualquer forma estão atrelados a condição de viver com HIV e não só pelas questões biofisiológicas, mas para questões que são para além do corpo e sim da psique, que é a força energética e dinâmica da existência humana. Neste sentido, se torna importante para a melhora da QV que tenhamos um olhar para além do físico, com uma perspectiva de integralidade do cuidado, principalmente ao que tange a sexualidade de gênero e direitos sexuais e reprodutivos.³⁴

A espiritualidade e vínculo empregatício dentro dos instrumentos relativos a QV aplicados nestas pesquisas, se mostram significativos aos maiores índices de satisfação de vida. Outras questões importantes para a melhora da vida destas mulheres são o seu empoderamento, o entendimento do seu valor, dos seus direitos sexuais e reprodutivos, dos seus direitos aos acessos em saúde, é dar importância aos seus pensamentos e sentimentos, pois assim tornam-se pertencentes de sua própria história, pegam as “rédeas” de suas vidas e não se colocam a mercê das necessidades e demandas dos outros. Assim como, o desenvolvimento de estratégias nos serviços de saúde que envolvam familiares, empresas, entre outras pessoas para que o sigilo não se encontre mais como um receio dessas mulheres e que assim consigam ocupar espaços com dignidade e respeito.^{14, 21, 20, 24, 30, 50, 53}

3. MARCO CONCEITUAL

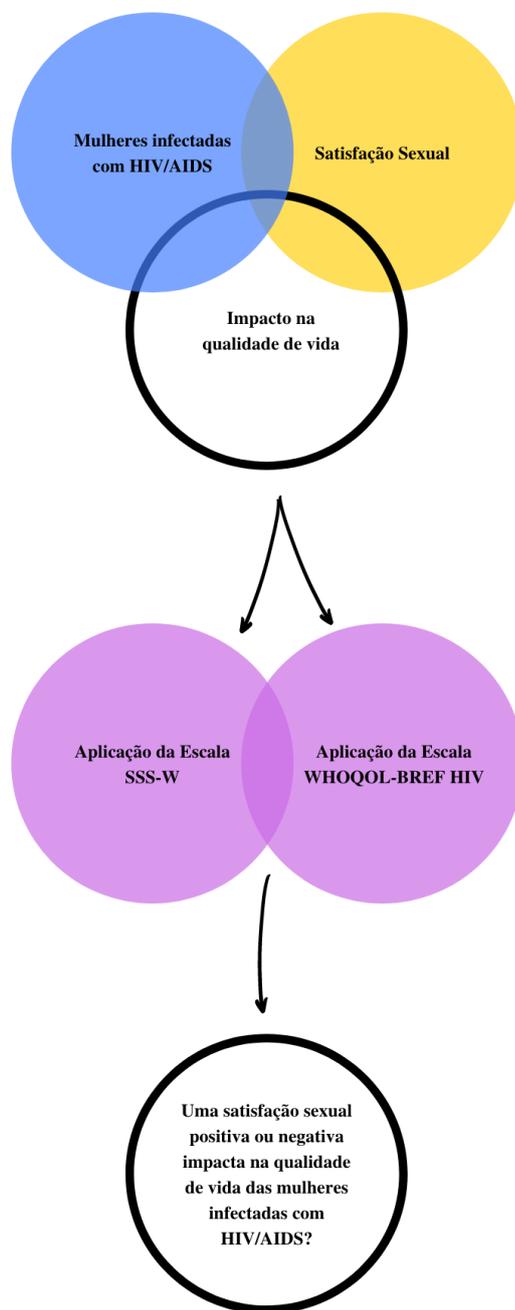


Figura 2 - Marco conceitual dos fatores que influenciam a satisfação sexual e o nível de qualidade de vida de mulheres que vivem com HIV

4. JUSTIFICATIVA

A sexualidade, principalmente feminina, ainda é um assunto tabu entre a sociedade. Isso causa um grande impacto na saúde mental e na qualidade de vida das mulheres, ainda mais quando portadoras do vírus HIV/AIDS, que é outro atravessamento que carrega consigo um estigma e também afeta a saúde e qualidade de vida.

Apesar da Escala WHOQOL-BREF HIV já ter sido aplicada em diversos estudos, a correlação da qualidade de vida das mulheres com a sexualidade ainda é escassa no meio acadêmico, por isso há importância em investigarmos esses aspectos. Quanto mais informações houverem a respeito da sexualidade feminina em mulheres com HIV/AIDS e o quanto isso impacta em aspectos da saúde mental, mais empoderamento elas terão.

O empoderamento caminha, historicamente, de mãos dadas com a superação feminina. Mulheres empoderadas sabem dos seus direitos, das suas capacidades, desenvolvem habilidades, tornando-se mais autoconfiantes e conhecedoras de si mesmo e com isso são capacitadas para realizarem suas próprias escolhas a partir de uma visão crítica, tornam-se sujeitos protagonistas da sua história e donas do seu próprio corpo. Por esse viés, podemos pensar que o empoderamento tende a trazer benefícios clínicos, uma vez que a mulher dona do seu próprio corpo é capaz de tomar decisões mais assertivas em suas atividades sexuais, favorecendo a prevenção de IST, assim como uma melhora na adesão do tratamento como forma de promoção do autocuidado e busca de qualidade de vida.

5. OBJETIVOS

5.1 Objetivo Primário: Mensurar, através de escores validados, a satisfação sexual e qualidade de vida em mulheres portadoras de HIV/AIDS atendidas no ambulatório do Hospital de Clínicas de Porto Alegre.

5.2 Objetivos Secundários:

1. Mensurar a satisfação sexual através do questionário SSS-W.
2. Mensurar a qualidade de vida através do questionário WHOQOL-BREF HIV.
3. Entender como a satisfação sexual dessas mulheres impacta na qualidade de vida e seus diferentes domínios.
4. Revisar sistematicamente produções já existentes sobre qualidade de vida e satisfação sexual de mulheres que vivem com HIV/AIDS.

6. REFERÊNCIAS

1. Ministério da Saúde (BR). O que é HIV? Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pt-br/publico-geral/o-que-e-hiv>> Acesso em: 14 Out 2020.
2. De Brito AM, De Castilho EA, Szwarcwald CL. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. Rev. Soc. Bras. Med. Trop., Uberaba, v. 34, n. 2, p. 207-217, Apr. 2001.
3. Goffman E. Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada. Rio de Janeiro: Zahar; 1980.
4. Lourenço GO, Amazonas MC, De Lima RD. Nem santa, nem puta, apenas mulher: a feminização do HIV/aids e a experiência de soropositividade. Sex., Salud Soc. (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 30, p. 262-281, Dec. 2018.
5. Hite S. 2003. The Shere Hite Reader. New and Selected Writings on Sex, Globalization, and Private Life, Nueva York, Seven Stories Press.
6. Cechim PL, Selli L. Mulheres com HIV/AIDS: fragmentos de sua face oculta. Rev. bras. enferm. Brasília, v. 60, n. 2, p. 145-149, Apr. 2007.
7. WHO - World Health Organization. Department of Mental Health and Substance Dependence. (2002). WHOQOL-HIV instrument: users manual. Geneva: WHO.
8. Meston C, Trapnell P. Development and Validation of a FiveFactor Sexual Satisfaction and Distress Scale for Women: The Sexual Satisfaction Scale for Women (SSS-W). Journal Sex. Med., 2005, 2, p.66-81.

9. UNAIDS. Hoja informativa — Últimas estadísticas sobre el estado de la epidemia de SIDA (2020). Disponível em: <https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2020/07/2020_07_05_UNAIDS_GR2020_FactSheet_PORT-final-1.pdf> Acesso em: 23 Out 2020.

10. Santos NJ, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EM. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S321-S333, 2009.

11. De Freitas MR, Gir E, Rodrigues AR. Dificuldade sexual vivenciada por mulheres em crise de HIV-1. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 8, n. 3, pág. 76-83, julho de 2000.

12. Catão E, Júnior OM, Viviani DH, Júnior IF, Silva F. Escala de Satisfação Sexual para Mulheres: Tradução, Adaptação em estudo preliminar com amostra clínica. *Boletim de Psicologia*, 2010. Vol LX, n 133: 181-190.

13. Duarte MT, Parada CM, Souza LR. Vulnerabilidade de mulheres vivendo com HIV/Aids. *Rev. Latino-Am. Enfermagem* jan.-fev. 2014;22(1). DOI: 10.1590/0104-1169.2837.2377

14. Galvão MT, Paiva SS. Vivências para o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. *Rev Bras Enferm*, Brasília 2011 nov-dez; 64(6): 1022-7.

15. Carvalho JM, Monteiro SS. Visões e práticas de mulheres vivendo com HIV/aids sobre reprodução, sexualidade e direitos. *Cad. Saúde Pública* 2021; 37(6):e00169720. DOI: 0.1590/0102-311X00169720

16. Villela WV, Barbosa RM. Trajetórias de mulheres vivendo com HIV/aids no Brasil. Avanços e permanências da resposta à epidemia. *Ciência & Saúde Coletiva*, 22(1):87-96, 2017. DOI: 10.1590/1413-81232017221.14222016

17. Reis RK, Haas VJ, Santos CB, Teles SA, Galvão MT, Gir E. Sintomas de Depressão e Qualidade de Vida de Pessoas vivendo com HIV/aids. Rev. Latino-Am. Enfermagem 19(4):[08 telas] jul.-ago. 2011. DOI: www.eerp.usp.br/rlae

18. Rocha S, Vieira A, Lyra R. Silenciosa conveniência: mulheres e Aids. Revista Brasileira de Ciência Política, nº11. Brasília, maio - agosto de 2013, pp. 119-141.

19. Paiva V, Latorre M, Gravato N, Lacerda R. Sexualidade de mulheres vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 18(6):1609-1620, nov-dez, 2002.

20. Pereira MH, Costa LF. Santa pecadora ou execrada santa? O autocuidado em mulheres soropositivas para HIV. Psico-USF, v. 12, n. 1, p. 103-110, jan./jun. 2007

21. Gaspar J, Reis RK, Pereira FM, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/aids de um município do interior paulista. Rev Esc Enferm USP 2011; 45(1):230-6. DOI: www.ee.usp.br/reecusp/

22. Almeida AN, Silveira LC, Silva MR, Araújo MA, Guimarães TA. Produção de subjetividade e sexualidade em mulheres vivendo com o HIV/Aids: uma produção sociopoética. Rev. Latino-Am. Enfermagem 18(2):[08 telas] mar-abr 2010. DOI: www.eerp.usp.br/rlae

23. Da Costa FM, De Souza IC, Ribeiro ZS, Santos JA, Carneiro JA. Mulheres vivendo com HIV/Aids: avaliação da qualidade de vida. Revista Saúde e Pesquisa, v. 7, n. 3, p. 503-513, set./dez. 2014 - ISSN 1983-1870

24. Oliveira M, Junqueira TL. “Mulheres que vivem com HIV/aids: Vivências e Sentidos Produzidos no Cotidiano”. Revista Estudos Feministas, Florianópolis, v. 28, n. 3, e61140, 2020. DOI: [10.1590/1806-9584-2020v28n361140](https://doi.org/10.1590/1806-9584-2020v28n361140)

25. Santos N, Buchalla CM, Fillipe EV, Bugamelli L, Garcia S, Paiva V. Mulheres HIV positivas, reprodução e sexualidade. Rev Saúde Pública 2002;36(4 Supl):12-23. DOI: www.fsp.usp.br/rsp
26. Ceccon RF, Meneghel SN, Hirakata VN. Mulheres com HIV: violência de gênero e ideação suicida. Rev Saúde Pública 2014;48(5):758-765. DOI: 10.1590/S0034 8910.2014048005228
27. De Souza M, Do Espírito Santo AC, Motta SK. Gênero, Vulnerabilidade das Mulheres ao HIV/Aids e Ações de Prevenção em Bairro da Periferia de Teresina, Piauí, Brasil. Saúde Soc. São Paulo, v.17, n.2, p.58-68, 2008
28. Campany LN, Amaral DM, Dos Santos RN. HIV/aids no Brasil: feminização da epidemia em análise. Rev. Bioét. vol.29 no.2 Brasília Abr./Jun. 2021. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1983-80422021292475>
29. Barbosa MR, Villela WV, Uziel AP. Entra a vontade e a necessidade: negociação sexual em tempos de Aids. Physis Revista de Saúde Coletiva, Vol. 5, Nº 1, 1995.
30. Renesto HM, Falbo AR, Souza E, Vasconcelos MG. Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. Rev Saúde Pública 2014;48(1):36-42. DOI: 10.1590/S0034-8910.2014048003186
31. Sant'Anna AC, Seidl EM. Efeitos da Condição Sorológica Sobre as Escolhas Reprodutivas de Mulheres HIV Positivas. Psicologia: Reflexão e Crítica, 22(2), 244-251. DOI: www.scielo.br/prc
32. Barbosa GP, Santos LO, Santos LA, Souza MS, Teles MA, Dias CL. A sexualidade de mulheres com HIV/ Aids: uma revisão integrativa. R. Interd. v. 12, n. 1, p. 79-87, jan. fev. mar. 2019.

33. Santos NJ, Barbosa RM, Pinho AA, Villela WV, Aidar T, Filipe EM. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 25 Sup 2:S321-S333, 2009.

34. Botti ML, Waidman MA, Marcon SS, Scochi MJ. Conflitos e sentimentos de mulheres portadoras de HIV/Aids: um estudo bibliográfico. *Rev Esc Enferm USP* 2009; 43(1):79-86. DOI: www.ee.usp.br/reeups/

35. Reis RK, Castrighini CC, Melo ES, Jesus GJ, Queiroz AA, Gir E. Avaliação dos sintomas depressivos somáticos e afetivo-cognitivos de pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paul Enferm.* 2017; 30(1):60-5. DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201700009>

36. Galvão MT, Cerqueira AT, Machado JM. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT-QoL. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20(2):430-437, mar- abr, 2004.

37. Mafra RL, Pereira ED, Varga I, Mafra WC. Aspectos de gênero e vulnerabilidade ao HIV/aids entre usuários de dois dos Serviços de Atendimento Especializado em DST/aids de São Luís, Maranhão. *Saúde Soc. São Paulo*, v.25, n.3, p.641-651, 2016. DOI: 0.1590/S0104-129020162580

38. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde (BR). 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. – Brasília: Ministério da Saúde, 2018. DOI: www.saude.gov.br/bvs

39. Ministério da Saúde (BR). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. Número Especial | Dez. 2022. DOI: bvsmms.saude.gov.br

40. Carlsson-Lalloo E, Berg M, Rusner M, Svedhem V, Mellgren Å. Sexual satisfaction and its associations with patient-reported outcomes in a cohort of women living with human immunodeficiency virus in Sweden. *Int J STD AIDS*. 2022 Jul;33(8):751-760. DOI: 10.1177/09564624221100056. Epub 2022 May 27. PMID: 35622448

41. Schrode K, Poareo E, Li M, Harawa NT. Minority Stress and Sexual Functioning Among African American Women With At-Risk Partners in South Los Angeles. *J Sex Med*. 2022 Apr;19(4):603-612. DOI: 10.1016/j.jsxm.2022.02.005. Epub 2022 Mar 7. PMID: 35272947; PMCID: PMC8995363

42. Carlsson-Lalloo E, Rusner M, Berg M, Svedhem V, Mellgren Å. People living with HIV in Sweden report high levels of sexual satisfaction in a registry-based cohort study. *AIDS Care*. 2022 May;34(5):559-567. DOI: 10.1080/09540121.2021.1909698. Epub 2021 Apr 1. PMID: 33793361

43. Harrison SE, Brown M, Cho H. Links between sexual trauma exposure and Quality of Life (QoL) domains among people living with HIV in the Southern United States. *AIDS Care*. 2020 May;32(sup2):91-98. DOI: 10.1080/09540121.2020.1739215. Epub 2020 Mar 9. PMID: 32151145; PMCID: PMC7213510

44. Stanton AM, Goodman G, Looby SE, Robbins GK, Psaros C. Sexuality and Intimacy Among Older Women Living with HIV: a Systematic Review. *Curr Sex Health Rep*. 2019 Dec;11:320-330. DOI: 10.1007/s11930-019-00227-6. Epub 2019 Nov 4. PMID: 34045930; PMCID: PMC8152570

45. Schönnesson LN, Zeluf G, Garcia-Huidobro D, Ross MW, Eriksson LE, Ekström AM. Sexual (Dis)satisfaction and Its Contributors Among People Living with HIV Infection in Sweden. *Arch Sex Behav*. 2018 Oct;47(7):2007-2026. DOI: 10.1007/s10508-017-1106-2. Epub 2018 Feb 13. PMID: 29441436; PMCID: PMC6097728

46. Cranney S. Sex Life Satisfaction in Sub-Saharan Africa: A Descriptive and Exploratory Analysis. *Arch Sex Behav.* 2017 Oct;46(7):1961-1972. DOI: 10.1007/s10508-017-0984-7. Epub 2017 May 8. PMID: 28484861

47. Agaba PA, Meloni ST, Sule HM, Agaba EI, Idoko JA, Kanki PJ. Sexual dysfunction and its determinants among women infected with HIV. *Int J Gynaecol Obstet.* 2017 Jun;137(3):301-308. DOI: 10.1002/ijgo.12140. Epub 2017 Mar 22. PMID: 28273350

48. Taylor TN, Munoz-Plaza CE, Goparaju L, Martinez O, Holman S, Minkoff HL, et al. "The Pleasure Is Better as I've Gotten Older": Sexual Health, Sexuality, and Sexual Risk Behaviors Among Older Women Living With HIV. *Arch Sex Behav.* 2017 May;46(4):1137-1150. DOI: 10.1007/s10508-016-0751-1. Epub 2016 May 24. PMID: 27220311; PMCID: PMC5122465

49. Kaida A, Carter A, De Pokomandy A, Patterson S, Proulx-Boucher K, Nohpal A, et al. Sexual inactivity and sexual satisfaction among women living with HIV in Canada in the context of growing social, legal and public health surveillance. *J Int AIDS Soc.* 2015 Dec 1;18(Suppl 5):20284. DOI: 10.7448/IAS.18.6.20284. PMID: 26643457; PMCID: PMC4672399

50. Narasimhan M, Loutfy M, Khosla R, Bras M. Sexual and reproductive health and human rights of women living with HIV. *J Int AIDS Soc.* 2015 Dec 1;18(6Suppl 5):20834. DOI: 10.7448/IAS.18.6.20834. PMID: 28326129; PMCID: PMC4813610

51. Wilson TE, Jean-Louis G, Schwartz R, Golub ET, Cohen MH, Maki P, et al. HIV infection and women's sexual functioning. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2010 Aug;54(4):360-7. DOI: 10.1097/QAI.0b013e3181d01b14. PMID: 20179602; PMCID: PMC2900377

52. Lambert S, Keegan A, Petrak J. Sex and relationships for HIV positive women since HAART: a quantitative study. *Sex Transm Infect.* 2005

Aug;81(4):333-7. DOI: 10.1136/sti.2004.013516. PMID: 16061542; PMCID:
PMC1745005

53. Hankins C, Gendron S, Tran T, Lamping D, Lapointe N. Sexuality in
Montreal women living with HIV. *AIDS Care*. 1997 Jun;9(3):261-71. DOI:
10.1080/713613156. PMID: 9290832

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

O estigma permanece impregnado na sociedade dificultando a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. Quando olhamos para as MVHA, o enfrentamento do diagnóstico e da vida de forma geral se apresenta mais desafiadora, tanto por questões biológicas quanto por questões sociais.

É importante trabalharmos em ações que promovam a qualidade de vida ou a satisfação sexual dessas mulheres, pois uma dimensão acaba por melhorar a outra conseqüentemente. Muitas das mulheres desse estudo que responderam estar satisfeitas sexualmente, também traziam não ter um relacionamento ou alguém com quem se conectar, ao mesmo tempo que relatavam não se importarem com isto, pois “a vida era assim mesmo” após o diagnóstico e com isso, negavam os sentimentos negativos que a falta de relação e de afeto acarreta em suas vidas, tudo isso se trata de uma estratégia de *coping* (enfrentamento) que essas mulheres utilizam em prol de evitar mais sofrimento.

A negação é um mecanismo de defesa que ajuda a não sucumbir, mas o que precisamos de fato, é auxiliar essas mulheres antes que elas precisem usar das suas defesas. Precisamos ajudá-las a falar sobre, a pertencer e a resgatar sua dignidade através do empoderamento.

8. PERSPECTIVAS FUTURAS

Este trabalho se justifica por haver estudos escassos sobre a qualidade de vida e a satisfação sexual de MVHA, portanto espera-se que ele seja uma chama que acenda a curiosidade e a vontade de outras(os) pesquisadoras(es) a realizarem produções pertinentes ao tema e que favoreçam nossos conhecimentos acerca destes assuntos que ainda hoje são tabus sociais.

A perspectiva é de que comecemos a nos importar verdadeiramente com o empoderamento das mulheres para que tomem consciência de si mesmas e passem a não se curvar diante do que o outro acha melhor mesmo que para isso precise perder algumas coisas, pessoas ou relações, pois somente a partir desse desprendimento conseguirão preservar suas vidas, sua saúde e dignidade.

Que os serviços de saúde trabalhem fortemente para a promoção de políticas públicas que trabalhem com prevenção, com a disseminação de informação para todas as faixas etárias e também para a população que não vive com o vírus para a tentativa de desestigmatização, assim como com ações de grupos de MVHA para que compartilhem suas histórias, falem abertamente sobre direitos reprodutivos e sexuais e de outras dimensões pertinentes a melhora de suas QV e de sua satisfação sexual.

9. ANEXOS

12.1 Anexo 1 – STROBE

STROBE Statement—checklist of items that should be included in reports of observational studies

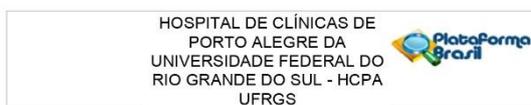
	Item No.	Recommendation	Page No.
Title and abstract	1	(a) Indicate the study's design with a commonly used term in the title or the abstract	62
		(b) Provide in the abstract an informative and balanced summary of what was done and what was found	63
Introduction			
Background/rationale	2	Explain the scientific background and rationale for the investigation being reported	21
Objectives	3	State specific objectives, including any prespecified hypotheses	22
Methods			
Study design	4	Present key elements of study design early in the paper	35
Setting	5	Describe the setting, locations, and relevant dates, including periods of recruitment, exposure, follow-up, and data collection	66
Participants	6	(a) <i>Cohort study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants. Describe methods of follow-up <i>Case-control study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of case ascertainment and control selection. Give the rationale for the choice of cases and controls <i>Cross-sectional study</i> —Give the eligibility criteria, and the sources and methods of selection of participants	66
		(b) <i>Cohort study</i> —For matched studies, give matching criteria and number of exposed and unexposed <i>Case-control study</i> —For matched studies, give matching criteria and the number of controls per case	-
Variables	7	Clearly define all outcomes, exposures, predictors, potential confounders, and effect modifiers. Give diagnostic criteria, if applicable	-
Data sources/ measurement	8*	For each variable of interest, give sources of data and details of methods of assessment (measurement). Describe comparability of assessment methods if there is more than one group	67 e 68
Bias	9	Describe any efforts to address potential sources of bias	68 e 68
Study size	10	Explain how the study size was arrived at	67

Quantitative variables	11	Explain how quantitative variables were handled in the analyses. If applicable, describe which groupings were chosen and why	-
Statistical methods	12	(a) Describe all statistical methods, including those used to control for confounding	68
		(b) Describe any methods used to examine subgroups and interactions	-
		(c) Explain how missing data were addressed	-
		(d) <i>Cohort study</i> —If applicable, explain how loss to follow-up was addressed <i>Case-control study</i> —If applicable, explain how matching of cases and controls was addressed <i>Cross-sectional study</i> —If applicable, describe analytical methods taking account of sampling strategy	-
		(e) Describe any sensitivity analyses	-
Results			
Participants	13*	(a) Report numbers of individuals at each stage of study—eg numbers potentially eligible, examined for eligibility, confirmed eligible, included in the study, completing follow-up, and analysed	67
		(b) Give reasons for non-participation at each stage	-
		(c) Consider use of a flow diagram	-
Descriptive data	14*	(a) Give characteristics of study participants (eg demographic, clinical, social) and information on exposures and potential confounders	67
		(b) Indicate number of participants with missing data for each variable of interest	-
		(c) <i>Cohort study</i> —Summarise follow-up time (eg, average and total amount)	-
Outcome data	15*	<i>Cohort study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures over time	-
		<i>Case-control study</i> —Report numbers in each exposure category, or summary measures of exposure	-
		<i>Cross-sectional study</i> —Report numbers of outcome events or summary measures	-
Main results	16	(a) Give unadjusted estimates and, if applicable, confounder-adjusted estimates and their precision (eg, 95% confidence interval). Make clear which confounders were adjusted for and why they were included	68
		(b) Report category boundaries when continuous variables were categorized	-
		(c) If relevant, consider translating estimates of relative risk into absolute risk for a meaningful time period	-
Other analyses	17	Report other analyses done—eg analyses of subgroups and interactions, and sensitivity analyses	-
Discussion			
Key results	18	Summarise key results with reference to study objectives	70
Limitations	19	Discuss limitations of the study, taking into account sources of potential bias or imprecision. Discuss both direction and magnitude of any potential bias	70
Interpretation	20	Give a cautious overall interpretation of results considering objectives, limitations, multiplicity of analyses, results from similar studies, and other relevant evidence	70
Generalisability	21	Discuss the generalisability (external validity) of the study results	70
Other information			
Funding	22	Give the source of funding and the role of the funders for the present study and, if applicable, for the original study on which the present article is based	-

*Give information separately for cases and controls in case-control studies and, if applicable, for exposed and unexposed groups in cohort and cross-sectional studies.

Note: An Explanation and Elaboration article discusses each checklist item and gives methodological background and published examples of transparent reporting. The STROBE checklist is best used in conjunction with this article (freely available on the Web sites of PLoS Medicine at <http://www.plosmedicine.org/>, *Annals of Internal Medicine* at <http://www.annals.org/>, and *Epidemiology* at <http://www.epidem.com/>). Information on the STROBE Initiative is available at www.strobe-statement.org.

12.1 Anexo 2 – Parecer da Comissão de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: SATISFAÇÃO SEXUAL E QUALIDADE DE VIDA: UM ESTUDO EM MULHERES VIVENDO COM HIV/AIDS

Pesquisador: Diego Rodrigues Falci

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 51195121.3.0000.5327

Instituição Proponente: Hospital de Clínicas de Porto Alegre

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 5.012.924

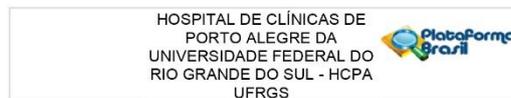
Apresentação do Projeto:

INTRODUÇÃO

O vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ataca células específicas TCD4+ (linfócitos) do sistema imunológico, células essas que são responsáveis por defender o organismo de doenças e é causador da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS). O HIV é uma infecção que pode ser transmitida por relações sexuais sem proteção, materiais perfurocortantes contaminados, compartilhamento de seringas e verticalmente durante a gravidez, parto ou amamentação, não há cura e requer que os portadores permaneçam em tratamento durante toda a vida. A pandemia do HIV/AIDS se deu em meados de 1981 nos Estados Unidos, e no Brasil, teve os primeiros casos registrados em 1982 e representa um fenômeno global, multifacetado e de reflexão biopsicossocial. A estigmatização da doença caminha junto com ela desde seu surgimento, é uma questão tão central quanto o próprio vírus em si, pois esteve extremamente vinculada a grupos específicos como: homens homossexuais e bissexuais, profissionais do sexo e usuários de drogas injetáveis. Os estigmas são construções sociais e culturais que transformam a característica de uma pessoa em um atributo negativo, desqualificando-a, criando obstáculos para construção de um ser humano com dignidade e normalmente acontece em eixos da sociedade como gênero,

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Página 01 de 09



Continuação do Parecer: 5.012.924

sexualidade, raça/etnia, classe social e outros (GOFFMAN, 1980). Um levantamento histórico indicou que mesmo com a etiologia do HIV tendo sido descoberta em 1984, apenas em 1990 a contaminação em mulheres foi reconhecida como uma realidade, e caracterizado o então futuro fenômeno da feminização do vírus (SORDI, et. al, 2015). O que acaba por revelar que a ciência, permeada por atravessamentos sociais ao que diz respeito à influência heteronormativa, negligenciou aspectos relevantes que contribuíram e contribuem até hoje para a exposição de mulheres à contaminação. Estamos falando de dois assuntos que são tabus na sociedade: sexualidade feminina e HIV/AIDS. Hite (2003), traz que é comum as mulheres não sentirem prazer em suas experiências sexuais, apenas 30% das mulheres conseguem chegar ao orgasmo, pois o sexo não está em prol do prazer feminino. Essa lógica está ligada a dois polos pelos quais as mulheres são categorizadas: "mulher da vida" que a é aquela faz o uso livre da sexualidade e por esse motivo merece castigo, pois na visão estigmatizante da sociedade essa mulher não sabe fazer o uso adequado da sua liberdade e a "mulher doméstica" que se refere a que tem competência para ser esposa e mãe (LOURENÇO, AMAZONAS e LIMA, 2018). 6 Nesse sentido, o entendimento da satisfação sexual juntamente com a qualidade de vida das portadoras de HIV/AIDS se torna importante para avaliarmos a saúde mental dessas mulheres e o quanto os estigmas em relação a gênero e sexualidade exercem controle sobre o corpo feminino.

MÉTODOS

Delineamento do Estudo

Este será um estudo transversal. Foi utilizada a lista de verificação STROBE (anexo I).

Contexto

O indivíduo que aceitar participar da pesquisa comparecerá em uma única visita, onde assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE). Após seu consentimento será realizado a aplicação da escala SSS-W e WHOQOL-BREF-HIV. O pesquisador irá preencher uma ficha de rastreamento criada pelo próprio grupo de pesquisa, onde constará alguns dados do prontuário, como por exemplo: medicamentos, tempo de diagnóstico, de tratamento, resultados e data dos últimos exames de carga viral e TCD4. As aplicações serão realizadas em uma sala reservada no ambulatório de HIV/AIDS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), não sendo afetada a assistência normal prestada pelo HCPA aos pacientes.

Participantes

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília **CEP:** 90.035-903
UF: RS **Município:** PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 **Fax:** (51)3359-7640 **E-mail:** cep@hcpa.edu.br

Página 02 de 09

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.012.924

Serão incluídas mulheres cisgênero e transexuais que tenham realizado redesignação de gênero, com idade igual ou superior a 18 anos, em acompanhamento no ambulatório de HIV/AIDS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre. Serão excluídas mulheres transexuais que não tenham realizado cirurgia de redesignação de gênero.

Variáveis

Crítérios de inclusão

Pacientes mulheres cisgênero e transexuais que tenham realizado redesignação de gênero, com idade igual ou superior a 18 anos que frequentem o ambulatório de HIV/AIDS do HCPA, que possuam carga viral indetectável por período mínimo de 1(um) ano e estejam realizando tratamento antirretroviral.

Crítérios de exclusão Pacientes mulheres transexuais que não tenham realizado cirurgia de redesignação de gênero.

Desfechos Primário: Satisfação sexual das mulheres que vivem com HIV/AIDS a partir do escore SSS-W. Secundários: Qualidade de vida das mulheres que vivem com HIV/AIDS a partir do escore WHOQOL-BREF HIV. Instrumentos Ficha de Rastreamento: É um questionário onde constará os dados pessoais como sexo, idade e data de nascimento. Assim como o tempo de diagnóstico e tratamento, data do último exame de sangue e resultado da contagem de T CD4 +, anotações das medidas antropométricas, atividades físicas, comorbidades e medicamentos utilizados diariamente por questão do HIV e demais doenças. Esses dados serão coletados diretamente no prontuário médico, as entrevistas serão somente para aplicação das escalas pertinentes ao estudo. WHOQOL-BREF HIV: Um questionário da Organização Mundial da Saúde, validada para o português pelo Dr. Marcelo Fleck e é específico para avaliação psicométrica da qualidade de vida em pessoas infectadas com HIV, do qual aborda sobre aspectos físicos, psicológicos, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade e possui duas questões sobre a auto percepção da qualidade de vida. Estas questões são objetivas, avaliadas por meio de escala likert, com valores entre um e cinco (WHO, 2002; Zimpel e Fleck, 2007). SSS-W: É um inventário específico para avaliar a satisfação sexual em mulheres, é composto por trinta itens que compreendem cinco domínios: comunicação (discussão de questões sexuais e emocionais), compatibilidade (conformidade entre os parceiros relacionada às crenças sexuais, preferências, desejos e atração), contentamento (satisfação no que diz respeito aos aspectos sexuais e emocionais do relacionamento), interesse na relação e interesse pessoal (Meston e Trapnell, 2005). Catão et. al

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cop@hcpa.edu.br

Página 03 de 09

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.012.924

(2010), foi responsável por traduzir esse instrumento para o português, utilizaremos a versão traduzida na aplicação a consistência das amostras se dará pelo alfa Cronbach.

Fontes de Dados

A coleta de dados será realizada no Ambulatório de HIV/AIDS do HCPA após a consulta com a equipe de infectologia. O paciente que tiver interesse em participar da pesquisa será levado a uma sala reservada no próprio Ambulatório para a leitura do Termo de 18 Consentimento Esclarecido (TCLE). Após a confirmação do desejo em participar do projeto será aplicado os seguintes questionários: SSS-W e WHOQOL-BREF HIV (em anexo)

Viés

Para minimizar o viés de memória dos participantes do estudo, serão conferidos os dados da doença e das medicações em uso no prontuário. Serão utilizados instrumentos validados em português para a coleta de dados.

Tamanho da Amostra

Como não há trabalhos anteriores utilizando o SSS-W em pessoas vivendo com HIV, utilizamos como referencial o trabalho de Catão e cols., onde a escala SSS-W em português foi adaptada para utilização clínica em mulheres brasileiras. Nesse trabalho se obteve um escore médio de 99.55 no SSS-W, com desvio padrão de 20,33 e variância do escore em 413,30. A partir da variância estimada neste estudo, e utilizando-se uma margem de erro de 5 pontos no escore, com nível de confiança de 95%, calculamos o tamanho de amostra necessário em 64 participantes da pesquisa. Levando-se em conta possíveis perdas ou dados inconsistentes, aumentamos em 20% esta estimativa chegando-se ao número de 77 participantes da pesquisa.

Variáveis Quantitativas

Variáveis quantitativas serão expressas como médias e desvios padrões ou medianas e intervalo interquartilico (percentil 25 – percentil 75, P25–P75), em conformidade com a distribuição pelo teste de normalidade de Shapiro Wilk.

Métodos Estatísticos

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cop@hcpa.edu.br

Página 04 de 08

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.012.924

Os dados serão digitados, a revisão e análise final do banco serão realizadas no programa SPSS, versão 18.0 [SPSS Inc. Lançado em 2009. PASW Statistics for Windows, versão 18.0. Chicago: SPSS Inc.]. Variáveis qualitativas se descreverão como frequências absolutas (n) e relativas (n%). Para a correlação entre os instrumentos SSS-W e WHOQOL-HIV será utilizado o Coeficiente de Correlação de Spearman ou de Pearson, dependendo do tipo de distribuição. O nível de significância será fixado em 5% para todas as análises.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Avaliar a satisfação sexual de mulheres portadoras de HIV.

Objetivos Específicos

- Avaliar a satisfação sexual através do questionário SSS-W.
- Avaliar a qualidade de vida através do questionário WHOQOL-BREF HIV.
- Relacionar o quanto a satisfação sexual dessas mulheres impacta na qualidade de vida.
- Relacionar os resultados de T CD4 e carga viral com a qualidade de vida.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

De acordo com os pesquisadores:

Riscos: Riscos de quebra de confidencialidade, para diminuir esse risco, na base de dados não constará o nome dos pacientes. Há risco também de constrangimento das participantes frente as perguntas sobre satisfação sexual, porém poderemos interromper o processo a qualquer momento, é importante que a participante se sinta confortável. Benefícios: Haverá uma devolutiva verbal, de forma breve, sobre o índice de satisfação sexual e qualidade de vida para as participantes, assim como os benefícios indiretos do próprio estudo.

Avaliação CEP:

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Vide "Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações".

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cop@hcpa.edu.br

Página 05 de 09

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.012.924

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresenta TCLE.

Número de participantes previstos para o HCPA: 77.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto apresenta as seguintes pendências:

- O título do projeto menciona qualidade de vida, mas o objetivo geral não menciona. Sugere-se harmonizar o objetivo geral com o título. Além disso, o objetivo geral e o título são bastante amplos, pois, ao citar "mulheres vivendo com HIV/AIDS" o leitor é induzido a pensar em um estudo populacional. Contudo, será realizado com uma amostra bem definida, composta por mulheres atendidas no Ambulatório de HIV/AIDS do HCPA. Sugere-se revisar este aspecto e redefinir título e objetivos.
- O critério de exclusão apresentado - "Pacientes mulheres transexuais que não tenham realizado cirurgia de redesignação de gênero" - não se aplica, pois os critérios de exclusão não devem ser o contrário dos de inclusão, mas, aqueles que, uma vez presentes, após preenchidos os critérios de inclusão, impedem a participação no estudo.
- Consta no projeto que "A coleta de dados será realizada no Ambulatório de HIV/AIDS do HCPA após a consulta com a equipe de infectologia. O paciente que tiver interesse em participar da pesquisa será levado a uma sala reservada no próprio Ambulatório para a leitura do Termo de 18 Consentimento Esclarecido (TCLE). Após a confirmação do desejo em participar do projeto será aplicado os seguintes questionários: SSS-W e WHOQOL-BREF HIV (em anexo)". Questiona-se:
 - Quem convidará a paciente para participar no estudo? Como será realizado este convite?
 - O questionário de rastreamento não foi citado. Quando e por quem será aplicado?

4 É sabido que a sexualidade envolve uma série de questões subjetivas, que vão além dos itens presentes nos instrumentos de coleta de dados apresentados. Os pesquisadores não consideraram nenhuma pergunta aberta com relação ao tema, visando complementar as informações e ampliar a abordagem para além das questões objetivamente perguntas nos instrumentos?

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cop@hcpa.edu.br

Página 06 de 09

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.012.924

5) Como será aplicado o instrumento apresentado, Escala de Satisfação Sexual para mulheres (SSS-W)? Será auto aplicado ou as perguntas serão lidas pela pesquisadora? As entrevistas serão gravadas? Caso sejam gravadas, a informação deverá constar no TCLE e também informar o que será feito com a gravação após transcritas.

6) O cronograma do projeto, tanto na versão em pdf quanto no registro na Plataforma Brasil (PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1748830.pdf), está desatualizado. Ajustar.

7) No formulário de rastreamento é perguntado sobre a "raça". Sugere-se utilizar o termo "raça/cor", quesito que pode dar mais sentido a pergunta. Será verificado por meio de autodeclaração?

8) Qual a expectativa dos pesquisadores com relação ao objetivo específico "Relacionar os resultados de T CD4 e carga viral com a qualidade de vida"? Como será estabelecida esta relação?

9) O projeto está direcionado apenas para mulheres, logo, sugere-se revisão de sua redação, pois ao longo de toda sua extensão, assim como no TCLE aparecem menções a "o paciente", "convidado", que poderiam aparecer apenas como feminino.

10) No TCLE:

- Revisar a frase "pelo Ambulatório de HIV/AIDS do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA)", pois o estudo tem origem no PPGCM, e não é uma proposta do Ambulatório.
- Consta "Caso seja verificada a necessidade de atendimento especializado, esta informação será repassada para o seu médico assistente, se você estiver de acordo, para o devido encaminhamento e orientações". Esta informação talvez confunda a paciente, que já está em atendimento. Sugere-se "Caso, em razão de sua participação na pesquisa, seja verificada a necessidade de atendimento especializado...".
- Revisar a frase sobre os contatos dos pesquisadores, pois não é possível compreender se falta o telefone do pesquisador responsável ou se é o mesmo da pesquisadora Caroline.
- Atualizado os contatos do CEP como segue: "...ou com o Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital de Clínicas de Porto Alegre (HCPA), pelo e-mail cep@hcpa.edu.br, telefone (51) 33597640

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

Página 07 de 09

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.012.924

ou Av. Prof. Dr. Alcides, 211 - Portão 4 - 5º andar do Bloco C - Rio Branco - Porto Alegre/RS, de segunda à sexta, das 8h às 17h".

As respostas às pendências acima deverão ser registradas em um documento único dirigido ao CEP (word ou pdf que permite cópia) que deverá ser adicionado na Plataforma Brasil (Tipo de documento: outros). No cabeçalho do documento citar o título do projeto, o CAAE e o número do parecer. Copiar as pendências na ordem em que aparecem no parecer e incluir a resposta de cada uma delas logo a seguir.

Quando a resposta implicar em alteração nos documentos anteriormente submetidos, suas novas versões deverão ser adicionadas na Plataforma Brasil. Neste caso, além da resposta à pendência, citar na carta de resposta ao CEP o item que foi alterado no documento, e, também, grifar as alterações na nova versão do documento. Ainda, atualizar os campos do registro do projeto na Plataforma Brasil a partir das alterações realizadas em resposta às pendências.

A Unidade de Assuntos Regulatórios de Pesquisa (UAR/P/GPPG) e o CEP HCPA encontram-se à disposição dos pesquisadores para auxiliar na resposta às pendências, na revisão de Termos de Consentimento e para quaisquer outros esclarecimentos, que forem necessários antes da submissão dos documentos na Plataforma Brasil (enviar email para: cep@hcpa.edu.br).

Considerações Finais a critério do CEP:

A análise foi realizada com base em todos os documentos apresentados, incluindo o projeto em sua íntegra. O presente parecer foi emitido pela coordenação do CEP. Ressaltamos que o mesmo consiste no parecer do relator, acrescido das considerações dos demais membros do CEP.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

Página 08 de 09

HOSPITAL DE CLÍNICAS DE
PORTO ALEGRE DA
UNIVERSIDADE FEDERAL DO
RIO GRANDE DO SUL - HCPA
UFRGS



Continuação do Parecer: 5.012.924

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_P ROJETO_1748830.pdf	26/08/2021 10:00:19		Aceito
Folha de Rosto	folha_rosto_caroline_luz.pdf	26/08/2021 09:59:35	Caroline da Luz Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Mestrado_Caroline_Luz_Pereira.pdf	04/08/2021 11:58:08	Caroline da Luz Pereira	Aceito
Cronograma	cronograma.pdf	04/08/2021 11:56:47	Caroline da Luz Pereira	Aceito
Orcamento	Orcamento.pdf	04/08/2021 11:55:00	Caroline da Luz Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE_CAROLINE_LUZ.pdf	04/08/2021 11:50:39	Caroline da Luz Pereira	Aceito

Situação do Parecer:
Pendente

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

PORTO ALEGRE, 01 de Outubro de 2021

Assinado por:
Têmis Maria Félix
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos 2.350 sala 2229
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-903
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3359-7640 Fax: (51)3359-7640 E-mail: cep@hcpa.edu.br

Página 09 de 09

12.2 Anexo 3 – WHOQOL BREF HIV

SOBRE VOCÊ

Antes de começar, nós gostaríamos de solicitar que você respondesse umas poucas perguntas gerais sobre sua pessoa: circulando a resposta correta ou preenchendo os espaços oferecidos.

- Qual é o seu **sexo**? Masculino / Feminino
- Quantos **anos** você tem? _____ (idade em anos)
- Qual é o grau de **instrução** mais elevado que você atingiu? Nenhum / 1º grau / 2º grau / 3º grau
- Qual é o seu **estado civil**? Solteiro / Casado / Vivendo como casado / Separado / Divorciado / Viúvo
- Como está a sua **saúde**? Muito ruim / Ruim / Nem ruim, nem boa / Boa / Muito boa
- Você se considera doente atualmente? Sim / Não
- Se você acha que algo não está bem consigo próprio, o que você acha que é? _____

Por favor, responda às perguntas abaixo se elas se aplicam a você:

- Qual é o seu **estágio de HIV**? Assintomático / Sintomático / AIDS
- Em que ano você fez o primeiro **teste HIV positivo**? _____
- Em que ano você acha que foi infectado? _____
- Como você acha que foi **infectado pelo HIV**? (circule apenas um):
- Sexo com homem / Sexo com mulher / Injetando drogas / Derivados de sangue
/ Outro (especifique) _____

Instruções

Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. **Por favor, responda a todas as questões.** Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser a sua primeira escolha.

Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência **as duas últimas semanas**. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você conseguiu se concentrar nas últimas duas semanas. Portanto, circule o número 4 se você conseguiu se concentrar bastante. Circule o número 1 se você não conseguiu se concentrar nada nas últimas duas semanas.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule o número que lhe parece a melhor resposta.

		muito ruim	Ruim	nem ruim nem boa	boa	muito boa
1 (G1)	Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
2 (G4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre **o quanto** você tem sentido algumas coisas nas últimas semanas.

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
3 (F1.4)	Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 (F50.1)	O quanto você fica incomodado por ter (ou ter tido) algum problema físico desagradável relacionado à sua infecção por HIV?	1	2	3	4	5
5 (F11.3)	Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
6 (F4.1)	O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
7 (F24.2)	Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
8 (F52.2)	Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5
9 (F53.4)	O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5
10 (F54.1)	O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5

		nada	muito pouco	mais ou menos	bastante	extremamente
11 (F5.3)	O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
12 (F16.1)	Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
13 (F22.1)	Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.

		nada	muito pouco	médio	muito	completamente
14 (F2.1)	Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
15 (F7.1)	Você é capaz de aceitar a sua aparência física?	1	2	3	4	5
16 (F18.1)	Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
17 (F51.1)	Em que medida você se sente aceito pelas	1	2	3	4	5

	peças que você conhece?					
18 (F20.1)	Quão disponível para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5

19 (F21.1)	Em que medida você tem oportunidades de atividades de lazer?	1	2	3	4	5
------------	--	---	---	---	---	---

		muito ruim	ruim	nem ruim nem bom	bom	muito bom
20 (F9.1)	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		muito insatisfeito	insatisfeito	nem satisfeito nem insatisfeito	satisfeito	muito satisfeito
21 (F3.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
22 (F10.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
23 (F12.4)	Quão satisfeito(a) você está com a sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
24 (F6.3)	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
25 (F13.3)	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
26 (F15.3)	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
27 (F14.4)	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
28 (F17.3)	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
29 (F19.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
30 (F23.3)	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		nunca	algumas vezes	frequentemente	muito frequentemente	sempre
31 (F8.1)	Com que frequência você tem sentimentos negativos, tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

Alguém lhe ajudou a preencher este questionário? _____

Quanto tempo você levou para preencher este questionário? _____

12.3 Anexo 4 – SSS-W

Escala de Satisfação Sexual para Mulheres (SSS-W)

1. Sinto-me satisfeita com minha vida sexual atual.
2. Geralmente sinto que falta algo na minha vida sexual atual.
3. Geralmente sinto que não existe intimidade suficiente em minha vida sexual.
4. Estou contente com a quantidade de expressões sexuais (beijos, carícias, relação...) na minha vida.
5. Não tenho nenhum problema importante ou preocupações sobre sexo (excitação, orgasmo, frequência, compatibilidade, comunicação, etc.).
6. Quão satisfatória é sua vida sexual?
7. Meu parceiro(a) fica na defensiva quando tento conversar sobre sexo.
8. Meu parceiro(a) e eu não conversamos abertamente sobre sexo, ou não conversamos nada sobre sexo.
9. Geralmente me sinto completamente confortável discutindo sobre sexo sempre que meu parceiro deseja.
10. Meu parceiro(a) mostra-se muito à vontade quando quero conversar sobre sexo.
11. Não tenho dificuldades em falar de minhas emoções mais profundas quando meu parceiro(a) quer conversar.
12. Meu parceiro(a) não tem dificuldades em falar de emoções profundas quando eu quero conversar.
13. Geralmente sinto que meu parceiro não é sensível ou atento o suficiente sobre meus gostos ou desejos sexuais.
14. Geralmente sinto que meu parceiro(a) e eu não somos sexualmente compatíveis.
15. Geralmente sinto que as atitudes e crenças de meu parceiro(a) sobre sexo são diferentes das minhas.
16. Às vezes acho que meu parceiro(a) e eu não combinamos nas necessidades e desejos sexuais.
17. Às vezes sinto que meu parceiro(a) e eu não somos fortemente atraídos fisicamente um pelo outro.
18. Às vezes acho que meu parceiro(a) e eu não combinamos no estilo e preferências sexuais.
19. Preocupo-me que meu parceiro(a) se frustrate com minhas dificuldades sexuais.
20. Preocupo-me que minhas dificuldades sexuais atrapalhem a relação do casal.
21. Preocupo-me que meu parceiro(a) possa ter um caso devido a minhas dificuldades sexuais.
22. Preocupo-me se meu parceiro(a) está sexualmente insatisfeito.
23. Preocupo-me que meu parceiro(a) perceba-me menos mulher devido a minhas dificuldades sexuais.
24. Sinto que desapontei meu parceiro(a), porque tenho problemas sexuais.
25. Minhas dificuldades sexuais estão me frustrando.
26. Minhas dificuldades sexuais me fazem sexualmente insatisfeita.
27. Preocupo-me se minhas dificuldades sexuais me farão buscar satisfação sexual fora do relacionamento.
28. Estou tão infeliz com minhas dificuldades sexuais que isto afeta minha auto-estima.
29. Estou tão infeliz com minhas dificuldades sexuais que isto afeta meu bem estar.
30. Minhas dificuldades sexuais me irritam e me deixam com raiva.

1.	2.	3.	4.	5.	6.	7.	8.	9.	10.
11.	12.	13.	14.	15.	16.	17.	18.	19.	20.
21.	22.	23.	24.	25.	26.	27.	28.	29.	30.