



## ORIGINALES

### Qualidade de vida e diagnósticos de enfermagem de mulheres com AIDS

Calidad de vida y diagnósticos de enfermería de mujeres con AIDS  
Quality of life and nursing diagnoses of women with AIDS

Herta de Oliveira Alexandre<sup>1</sup>  
Marli Teresinha Gimeniz Galvão<sup>1</sup>  
Gilmara Holanda da Cunha<sup>1</sup>

<sup>1</sup> Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, Brasil.

E-mail: [oliveiraherta@gmail.com](mailto:oliveiraherta@gmail.com)

<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.16.4.267571>

Submissão: 12/09/2016  
Aprovação: 06/11/2016

#### RESUMO:

**Objetivo:** Avaliar a qualidade de vida e os diagnósticos de enfermagem de mulheres com aids.

**Métodos:** Estudo transversal, envolvendo 70 mulheres com aids em acompanhamento ambulatorial. Para coleta de dados utilizaram-se o formulário sociodemográfico e clínico e a versão brasileira do instrumento *World Health Organization Quality of Life - HIV*. Os diagnósticos de enfermagem foram determinados de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I. Realizou-se análise através do *Software Statistical Package for Social Sciences®* (SPSS) versão 18.

**Resultados:** A maioria das mulheres tinha de 18 a 59 anos (98,6%), era heterossexual (97,2%) e com carga viral indetectável (54,3%). Apresentaram qualidade de vida intermediária em todos os domínios da escala e foram encontrados 14 diagnósticos de enfermagem, destacando-se o Padrão de Sexualidade Ineficaz, Medo e a Ansiedade Relacionada à Morte.

**Conclusão:** Mulheres com aids apresentaram qualidade de vida intermediária, necessitando de cuidado de enfermagem integral e holístico.

**Palavras-clave:** Qualidade de vida; HIV; Diagnóstico de enfermagem.

#### RESUMEN:

**Objetivo:** Evaluar la calidad de vida y los diagnósticos de enfermería de mujeres con sida.

**Métodos:** Estudio transversal, involucrando a 70 mujeres con sida en seguimiento ambulatorial. Para la recolección de datos, se utilizó el formulario sociodemográfico y clínico y la versión brasileña del instrumento *World Health Organization Quality of Life - VIH*. Los diagnósticos de enfermería se determinaron de acuerdo con la Taxonomía II de la NANDA-I. Se realizó análisis a través del *software Statistical Package for Social Sciences®* (SPSS) versión 18.

**Resultados:** La mayoría de las mujeres tenían entre 18 y 59 años (98,6%), era heterosexual (97,2%) y con carga viral indetectable (54,3%). Presentaron calidad de vida intermedia en todos los campos de la

escala y se encontraron 14 diagnósticos de enfermería, destacándose el Patrón de Sexualidad Ineficaz, Miedo y la Ansiedad Relacionada con la Muerte.

**Conclusión:** Mujeres con sida presentaron calidad de vida intermedia, necesitando de atención de enfermería integral y holística.

**Palabras clave:** Calidad de vida; VIH; Diagnóstico de enfermería

## **ABSTRACT:**

**Aim:** To evaluate the quality of life and the nursing diagnoses of women with AIDS.

**Methods:** Cross-sectional study involving 70 women with AIDS in outpatient follow-up. The sociodemographic and clinical form and the Brazilian version of the World Health Organization Quality of Life - HIV instrument were used for data collection. Nursing diagnoses were determined according to NANDA-I Taxonomy II. The analysis was performed using the Software Statistical Package for Social Sciences (SPSS) version 18.

**Results:** The majority of women were 18 to 59 years old (98.6%), heterosexual (97.2%) and had an undetectable viral load (54.3%). They presented intermediate quality of life in all domains of the scale and 14 nursing diagnoses were found, especially the Pattern of Ineffective Sexuality, Fear and Death Related Anxiety.

**Conclusion:** Women with AIDS presented intermediate quality of life, requiring integral and holistic nursing care.

**Keywords:** Quality of life; HIV; Nursing diagnosis.

## **INTRODUÇÃO**

Fatores individuais, emocionais, culturais e sociais, além do impacto do diagnóstico e tratamento da doença, podem afetar a qualidade de vida das pessoas com doenças crônicas.<sup>(1)</sup> Em mulheres, a qualidade de vida pode ser mais prejudicada quando comparada a dos homens, já que elas são mais propensas a riscos e estresse.<sup>(2)</sup> Homens apresentam níveis socioeconômicos mais elevados, o que pode facilitar o convívio com doenças crônicas, enquanto as mulheres apresentam carga social bem maior, uma vez que culturalmente é dever delas cuidar da casa e dos filhos, trabalhar e contribuir com a renda familiar.<sup>(3)</sup>

A qualidade de vida é uma expressão subjetiva que abrange os domínios social, meio ambiente e espiritual, e vem sendo estudada em pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA), pois a terapia antirretroviral (TARV) proporcionou o aumento da sobrevivência desses pacientes.<sup>(4-5)</sup> Nesse contexto, o profissional enfermeiro tem papel importante na prestação de cuidados às PVHA. Para identificação de problemas relacionados à saúde e realização das intervenções de maneira holística, dispõe-se do processo de enfermagem, o qual é composto pelo histórico, diagnóstico de enfermagem, planejamento, implementação e avaliação.<sup>(6)</sup> Dentre essas etapas do processo, o diagnóstico de enfermagem representa um julgamento clínico sobre uma resposta humana às condições de saúde e processos de vida, ou uma vulnerabilidade a tal resposta, do indivíduo, família, grupo ou comunidade.<sup>(7)</sup>

A determinação dos diagnósticos de enfermagem em populações específicas pode apontar os principais problemas de saúde, antecipando alterações, de forma a promover meios para que o cuidado de enfermagem seja direcionado aos reais agravos existentes. No entanto, apesar das vantagens de utilização do processo de enfermagem, ainda há dificuldades para sua implementação na prática.<sup>(8)</sup> Diante do exposto, este trabalho teve por objetivo avaliar a qualidade de vida e os diagnósticos de enfermagem de mulheres com aids.

## MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal e quantitativo, desenvolvido de janeiro a julho de 2013. A pesquisa ocorreu no ambulatório de infectologia de um hospital universitário de referência, em Fortaleza, Ceará, Brasil. Os critérios de inclusão foram mulheres com aids, maiores de 18 anos e em uso de TARV. Foram excluídas as gestantes, pessoas com doença mental e reclusas em penitenciárias.

A amostra foi dimensionada para estimar a média dos escores dos domínios do instrumento de avaliação da qualidade de vida das PVHA, com 95% de confiança de que o erro da estimação não ultrapassasse 5%, considerando que a média de tais escores é de cerca de 13,7 com desvio padrão de 3,8<sup>(9-10)</sup>, e que havia 150 pacientes do sexo feminino acompanhados no ambulatório no período de estudo, estimou-se uma amostra de 70 mulheres com aids.

Os dados foram coletados por meio de entrevista em ambiente privativo. As pacientes foram convidadas a participar do estudo quando compareciam ao serviço para atendimento. Na coleta de dados utilizaram-se dois instrumentos, o Formulário Sociodemográfico e Clínico para PVHA e o instrumento *World Health Organization Quality of Life HIV* (WHOQOL-HIV bref), validado no Brasil.<sup>(11)</sup>

O WHOQOL-HIV bref é composto por 31 perguntas divididas em seis domínios: I. Físico, II. Psicológico, III. Nível de independência, IV. Relações sociais, V. Meio ambiente, VI. Espiritualidade/religião/crenças. As questões são pontuadas em escala tipo likert de cinco pontos. Os escores dos domínios foram estudados em três níveis de qualidade de vida: inferior (4-10 pontos), intermediário (10,1-14,9) e superior (15-20).<sup>(10)</sup>

Após o levantamento dos dados, os diagnósticos de enfermagem foram determinados de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I. De modo que foram correlacionados os itens de cada domínio do instrumento WHOQOL-HIV bref com as características definidoras dos diagnósticos de enfermagem da NANDA-I. A análise de dados foi realizada por meio do *Software Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 18. As variáveis descritivas foram expressas na forma de média, mediana, desvio padrão e distribuição das frequências uni e bivariadas. Foi considerado estatisticamente significativo um valor de  $p < 0,05$ . Para avaliação da consistência interna das respostas aos itens do WHOQOL-HIV bref foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach, onde os valores representam: fraca consistência interna ( $< 0,70$ ), boa consistência interna (0,70-0,90), ou alta concordância ( $> 0,90$ ).

O desenvolvimento do estudo atendeu às normas nacionais e internacionais de ética em pesquisa envolvendo seres humanos.

## RESULTADOS

A maioria das mulheres possuía idade entre 18 a 39 anos (51,4%), cor não branca (61,4%), heterossexuais (97,2%), viviam com parceiro (48,6%), tinha de um a dois filhos (58,6%) e 70,0% eram católicas. Destacou-se a renda mensal familiar menor que dois salários mínimos (52,9%), falta de vínculo empregatício (52,9%) e 41,4% possuía ensino fundamental completo. Maior parte possuía tempo médio de conhecimento do diagnóstico do HIV/aids maior que cinco anos (82,9%), estavam em uso de TARV há mais de 12 meses (78,6%), ingeriam de um a três comprimidos por

dia (61,4%), carga viral indetectável (54,3%) e contagem de linfócitos T CD4+ maior que 200 células/mm<sup>3</sup> (84,3%).

As médias de escores dos domínios da WHOQOL-HIV bref mostraram que a maioria das mulheres possuía percepção intermediária acerca da qualidade de vida (Tabela I). O Alfa de Cronbach global foi 0,857, demonstrando boa confiabilidade do instrumento de qualidade de vida aplicado no estudo.

**[Tabela I.** Distribuição dos escores dos domínios de qualidade de vida do *World Health Organization Quality of Life (WHOQOL-HIV bref)* (n=70)]

Domínios da WHOQOL-HIV bref	Média ± DP*	Median a	Mínimo	Máximo	Alfa de Cronbach
I. Físico	14,1 ± 3,1	14,0	6,0	20,0	0,446
II. Psicológico	14,6 ± 3,0	15,2	7,2	19,2	0,553
III. Nível de independência	13,4 ± 2,6	14,0	5,0	19,0	0,607
IV. Relações sociais	14,9 ± 2,5	15,0	9	20,0	0,695
V. Meio ambiente	13,9 ± 2,2	14,5	6	18,5	0,765
VI. Espiritualidade/religião/crenças	14,0 ± 3,8	14,0	7	20,0	0,356

DP - Desvio Padrão

Foram identificados 14 diagnósticos de enfermagem, de acordo com a Taxonomia II da NANDA-I a partir dos domínios da WHOQOL-HIV bref (Tabela II).

**[Tabela II.** Diagnósticos de enfermagem de mulheres com aids em terapia antirretroviral de acordo com a taxonomia II da NANDA-I e domínios do WHOQOL-HIV bref (n=70)]

Domínios do WHOQOL-HIV Bref	Diagnósticos de Enfermagem	n (%)
I – Físico	Conforto prejudicado	32 (45,7%)
	Privação de sono	32 (45,7%)
	Fadiga	27 (38,6%)
II – Psicológico	Memória prejudicada	31 (44,3%)
	Baixa autoestima situacional	19 (27,1%)
	Ansiedade	27 (38,6%)
	Regulação do humor prejudicada	27 (38,6%)
III - Nível de Independência	Deambulação prejudicada	10 (14,3%)
	Intolerância à atividade	21 (30,0%)
IV - Relações sociais	Interação social prejudicada	22 (31,4%)
	Padrão de sexualidade ineficaz	39 (55,7%)
V - Meio ambiente	Atividade de recreação deficiente	35 (50,0%)
VI- Espiritualidade/religião/crenças	Medo	37 (52,9%)
	Ansiedade relacionada à morte	41 (58,6%)

No domínio Físico do WHOQOL-HIV bref, 32 mulheres (45,7%) afirmaram que a dor física impedia que elas realizassem suas atividades diárias. A partir disso, Conforto Prejudicado foi um diagnóstico de enfermagem relacionado ao regime de tratamento e sintomas da doença, caracterizado por descontentamento com a situação e sintomas de sofrimento. Relataram não satisfação com o sono 32 pacientes (45,7%). Identificou-se o diagnóstico de enfermagem Privação de sono, relacionado ao desconforto prolongado (físico e psicológico) e regime de tratamento, caracterizado por fadiga e sonolência. Ressalta-se que esse diagnóstico foi mais comum em mulheres com tempo de diagnóstico HIV positivo superior a cinco anos (71,9%) ( $p=0,025$ ).

Além disso, 28 entrevistadas (38,6%) verbalizaram não ter energia suficiente para desenvolver atividades diárias. Assim, foi encontrado o diagnóstico de enfermagem Fadiga, relacionada à condição fisiológica (doença), caracterizada por capacidade prejudicada para manter rotinas habituais e energia insuficiente. Esse diagnóstico foi mais presente em mulheres católicas (55,6%) do que nas de outra religião (44,4%) ( $p=0,037$ ), e também foi mais prevalente em pacientes com tempo de diagnóstico HIV positivo superior a cinco anos (70,4%) ( $p=0,028$ ).

No domínio Psicológico, 31 mulheres (44,3%) verbalizaram dificuldade de concentração, sendo diagnosticada Memória prejudicada, relacionada às distrações no ambiente, caracterizada por esquecimento. Dentre as mulheres com aids, 19 (27,1%) relataram incapacidade de aceitar a aparência física, sendo diagnosticada Baixa autoestima situacional, relacionada à alteração da imagem corporal e história de rejeição, caracterizada por verbalizações autonegativas. Esse diagnóstico foi mais comum em mulheres que informaram cor da pele parda (78,9%) do que nas que informaram serem brancas (21,1%) ( $p=0,048$ ).

Sentimentos negativos, mau humor, ansiedade e depressão foram reportados por 27 mulheres (38,6%). Assim, foram encontrados dois diagnósticos de enfermagem: Ansiedade, relacionada a estressores e mudança importante (condição de saúde), caracterizada por angústia, apreensão e medo, e Regulação do humor prejudicada, relacionada à ansiedade, doença crônica e função social prejudicada, caracterizada por desesperança. O diagnóstico de Regulação do humor prejudicada foi mais presente em mulheres que moravam com menos de cinco pessoas no domicílio (70,4%) se comparadas às que moravam com mais de cinco pessoas (29,6%) ( $p=0,011$ ).

Já no domínio Nível de independência, dez participantes (14,3%) alegaram não poder se locomover, sendo encontrado o diagnóstico de Deambulação prejudicada relacionada à dor, caracterizada por capacidade prejudicada para percorrer distâncias necessárias. Esse diagnóstico de enfermagem foi mais prevalente em mulheres com tempo de diagnóstico HIV positivo superior a cinco anos (60,0%) ( $p=0,038$ ). Declararam insatisfação com a capacidade de desempenharem atividades diárias 21 entrevistadas (30,0%), sendo diagnosticada Intolerância à atividade, relacionada à fraqueza generalizada, caracterizada por desconforto aos esforços e fadiga. Esse diagnóstico ocorreu com mais frequência em católicas (52,4%) do que nas de outra religião (47,6%) ( $p=0,035$ ), sendo comum também em entrevistadas com tempo de diagnóstico HIV positivo superior a cinco anos (66,7%) ( $p=0,019$ ).

No domínio Relações sociais, 22 mulheres (31,4%) não se sentiam aceitas pelas pessoas que conheciam. Identificou-se o diagnóstico de enfermagem Interação social

prejudicada, relacionada à ausência de pessoas significativas, caracterizada por insatisfação com o envolvimento social. Esse diagnóstico ocorreu mais em mulheres que moravam com até cinco pessoas (68,2%) ( $p=0,012$ ).

Trinta e nove participantes (55,7%) estavam insatisfeitas com a vida sexual, sendo diagnosticadas com Padrão de sexualidade ineficaz, relacionado ao conhecimento insuficiente de alternativas e habilidades relacionadas à sexualidade, caracterizado por alteração no comportamento sexual. Esse diagnóstico foi mais comum nas de cor parda (71,8%) ( $p=0,024$ ).

No domínio Meio ambiente, 35 pacientes (50,0%) afirmaram terem poucas atividades de lazer, identificando-se o diagnóstico de enfermagem Atividade de recreação deficiente, relacionado às atividades de recreação insuficientes, caracterizada por tédio. No domínio Espiritualidade/religião/crenças, 37 mulheres (52,9%) referiram medo do futuro. Identificou-se o diagnóstico Medo, relacionado ao estímulo fóbico e separação do sistema de apoio, caracterizado por sensação de medo.

Preocupação com a morte ocorreu em 41 participantes (58,6%), identificando-se o diagnóstico de enfermagem Ansiedade relacionada à morte, devido ao confronto com a doença terminal, incerteza do prognóstico e percepção iminente de morte, caracterizada por medo da morte e pensamentos relacionados à morte e morrer. Esse diagnóstico foi mais prevalente em mulheres católicas (80,5%) ( $p=0,023$ ), com um ou dois filhos (46,3%) ( $p=0,047$ ) e com menor escolaridade, tendo 46,3% delas estudado até o ensino fundamental ( $p=0,009$ ).

## DISCUSSÃO

Destacaram-se mulheres com aids em idade fértil, baixa escolaridade e condições socioeconômicas precárias, concordando com outros artigos.<sup>(12-13)</sup> Observa-se maior sobrevivência das PVHA, em comparação aos anos iniciais da epidemia. Esse fato deve-se à introdução da TARV no Brasil, que possibilitou diminuição de 33% da mortalidade das pessoas com aids.<sup>(14-15)</sup>

Carga viral indetectável e contagem de linfócitos T CD4+ maior que 200 células/mm<sup>3</sup> foram achados da maioria das pacientes. Estudos mostram que indivíduos com contagem de linfócitos T CD4+ maior que 200 células/mm<sup>3</sup> e carga viral indetectável têm mais chances de abandono da TARV. Por isso, enfatiza-se a avaliação regular dos parâmetros de saúde, sobretudo, visando prevenir agravos e promover a saúde das PVHA.<sup>(15-16)</sup>

Quanto à média de escores do instrumento WHOQOL-HIV brief, os resultados corroboraram com outra pesquisa, na qual para a maioria dos domínios, as médias de escores apontaram percepção intermediária acerca da qualidade de vida.<sup>(10)</sup> Destacou-se uma média de escores mais baixa no domínio Nível de independência, inferindo-se que mulheres com aids possuíam alterações na mobilidade, atividades diárias, dependência de tratamentos e interferência na capacidade laboral. Isso pode associar-se à modificação do estilo de vida após o diagnóstico da sorologia anti-HIV positiva, introdução da TARV, além do preconceito e estigma.<sup>(10)</sup> O domínio Nível de independência foi associado ao uso de medicamentos, sendo explicado pela dependência da medicação e menor capacidade de trabalho decorrente das alterações de saúde.<sup>(17)</sup>

Os escores intermediários nos domínios Físico e Psicológico concordaram com a literatura, pois existe associação evidente entre a qualidade de vida e o uso da TARV, tanto pela melhoria da capacidade imunológica, como pela desconstrução da ideia de morte diante do diagnóstico da doença. No entanto, a terapia medicamentosa também está associada com efeitos adversos que interferem na qualidade de vida das PVHA<sup>(16,18)</sup>

A percepção intermediária da qualidade de vida apresentada no domínio Meio ambiente, que representa a segurança física, moradia, finanças, acesso à saúde e assistência social, capacidade de adquirir informações e aprender novas habilidades, lazer, ambiente físico e transporte, convergiram com outra pesquisa realizada em país africano. Esses resultados podem estar associados à baixa escolaridade e renda *per capita* das PVHA, o que acarreta situação socioeconômica desfavorável, limitando o ambiente doméstico, recursos financeiros, acessibilidade e qualidade da saúde e assistência social<sup>(19)</sup>

O preconceito e exclusão por parte dos familiares e amigos de PVHA estão associados aos baixos níveis de médias de escores no domínio Relações sociais.<sup>(17)</sup> No entanto, nesta pesquisa, este foi o domínio em que se obtiveram as melhores médias de escores, indicando que as mulheres avaliadas, provavelmente, possuíam o apoio da família, amigos e parceiros. O ambiente familiar favorável é capaz de proporcionar segurança, proteção e suporte financeiro, podendo ter impacto positivo na qualidade de vida dos indivíduos.<sup>(15)</sup>

Na avaliação do domínio Espiritual, a média de escores intermediária pode ser justificada pelo fato de que a maioria das mulheres professava alguma religião. Diante disso, outra pesquisa afirma que o bem-estar religioso contribui para sensação de conforto, que facilita a vivência com o HIV e promove a capacidade de resiliência dos indivíduos.<sup>(13)</sup>

Foram identificados 14 diagnósticos de enfermagem, destacando-se o Padrão de sexualidade ineficaz, Medo e Ansiedade relacionada à morte. Esses achados estão em consonância com outro estudo que avaliou a qualidade de vida de PVHA e também identificou esses diagnósticos, dentre outros, como os de Padrão de sexualidade ineficaz, Ansiedade e Medo.<sup>(20)</sup>

O diagnóstico de enfermagem Padrão de sexualidade ineficaz pode ser justificado pelo temor de transmitir o vírus ao parceiro sexual, medo da rejeição, trauma por ter adquirido HIV através de relação sexual com parceiro fixo em quem confiava, ou remorso por prostituição, homossexualismo e infidelidade. Outro estudo assegura frequentes distúrbios nas atividades sexuais de PVHA.<sup>(21)</sup>

Os diagnósticos de Ansiedade relacionada à morte e o Medo, podem ocorrer porque as PVHA são mais vulneráveis aos transtornos psicológicos.<sup>(3)</sup> A falta de apoio social, estigmatização, preconceitos e marginalização aos quais as pessoas com HIV/aids são submetidas, são fatores de risco para a ansiedade e medo.<sup>(15)</sup> A falta de informações sobre a cronicidade do HIV/aids, uso e benefícios da TARV e medo da morte devido à doença ainda não ter cura, contribuem para a ocorrência desses diagnósticos em PVHA.

Os diagnósticos de Privação de sono, Fadiga, Deambulação prejudicada e Intolerância à atividade foram mais prevalentes em mulheres com diagnóstico HIV

positivo superior a cinco anos. Estudo aponta que pessoas em estágio mais avançado da doença estão mais propensas aos distúrbios de sono, fadiga e dificuldade em desempenhar atividades diárias, devido aos efeitos colaterais da TARV e ansiedade relacionada à doença.<sup>(22)</sup>

A ocorrência dos diagnósticos de enfermagem Baixa autoestima situacional e Padrão de sexualidade ineficaz em mulheres pardas pode justificar-se pelas desigualdades sociais e racismo. Há dificuldades no acesso à saúde pelas PVHA, revelando-se situações discriminatórias no atendimento e a presença de racismo. A dificuldade de acesso de pardos e negros às ações de saúde causam sofrimento, vulnerabilidade individual e baixa autoestima.<sup>(23)</sup> Ademais, devido a não acessibilidade à assistência em saúde, essa população pode não desenvolver empoderamento, apresentando problemas relacionados à sexualidade e saúde reprodutiva.

Os diagnósticos de enfermagem Regulação de humor prejudicada e Interação social prejudicada foram comuns em mulheres que moravam com até cinco pessoas. PVHA são mais propensas a terem transtornos de humor, depressão e isolamento social por medo do estigma e discriminação. Assim, o suporte social dos familiares, é um reforço positivo na procura por melhores condições de enfrentamento da doença.<sup>(24)</sup> Por fim, o diagnóstico de Ansiedade relacionada à morte foi mais presente em pacientes que possuíam um ou dois filhos. Esse achado justifica-se pelo medo que as PVHA têm de morrerem e deixarem seus filhos desamparados economicamente ou emocionalmente.<sup>(25)</sup>

## CONCLUSÃO

As mulheres com aids apresentaram percepção intermediária acerca da qualidade de vida para a maioria dos domínios da WHOQOL-HIV brief. Dentre os 14 diagnósticos de enfermagem identificados, destacaram-se o Padrão de sexualidade ineficaz, Medo e Ansiedade relacionada à morte.

A limitação do estudo foi a não implementação do processo de enfermagem completo, visto que os retornos das pacientes aconteciam a cada quatro meses, e muitas não retornavam na data correta, dificultando o acompanhamento. Além disso, apesar da escala de qualidade de vida utilizada no estudo possibilitar a formulação dos diagnósticos de enfermagem, pode-se dizer que esse feito restringe os diagnósticos, sendo necessária a coleta de dados sociodemográficos e clínicos para aumentar a compreensão do contexto de vida das mulheres com aids, o que foi realizado nesta pesquisa.

No entanto, como são escassos os estudos sobre diagnósticos de enfermagem em PVHA, esta pesquisa poderá direcionar as intervenções de enfermagem para melhora da qualidade de vida das mulheres com aids, proporcionando subsídios para uma assistência em saúde holística.

## REFERÊNCIAS

1. Al-Hajje A, Awada S, Rachidi S, Zein S, Bawab W, El-Hajj Z, et al. Factors affecting medication adherence in Lebanese patients with chronic diseases. *Pharm Pract.* 2015;13(3):590.  
<<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4582745/pdf/pharmpract-13-590.pdf>>



2. Obaidi LA, Mahlich J. A potential gender bias in assessing quality of life - a standard gamble experiment among university students. *Clinicecon Outcomes Res.* 2015;7:227-33.
3. Primeau MM, Avellaneda V, Musselman D, Jean GS, Illa L. Treatment of depression in individual living with HIV/aids. *Psychosomatics.* 2013;54(4):336-44.
4. [Marshall BD](#), [Operario D](#), [Bryant KJ](#), [Cook RL](#), [Edelman EJ](#), [Gaither JR](#), et al. Drinking trajectories among HIV-infected men who have sex with men: a cohort study of United States veterans. [Drug Alcohol Depend.](#) 2015;148:69-76.
5. Mutabazi-Mwesigire D, Katamba A, Martin F, Seeley J, Wu AW. Factors that affect quality of life among people living with HIV attending an urban clinic in Uganda: a cohort study. *PLoS One.* 2015;10(6):e0126810.
6. Guedes ES, Turrini RNT, Sousa RMC, Baltar VT, Cruz DALM. Attitudes of nursing staff related to the nursing process. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46:130-7.  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0080-62342012000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=en](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0080-62342012000700019&lng=en&nrm=iso&tlng=en)>
7. Cunha GH, Galvão MTG. Nursing diagnoses in patients with Human Immunodeficiency Virus/Acquired Immunodeficiency Syndrome in outpatient care. *Acta Paul Enferm.* 2010;23(4):526-32.  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-21002010000400013](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002010000400013)>
8. Zamanzadeh V, Valizadeh L, Tabrizi FJ, Behshid M, Lotfi M. Challenges associated with the implementation of the nursing process: a systematic review. *Iran J Nurs Midwifery Res.* 2015;20(4):411-9.
9. Santos ECM, França Júnior I, Lopes F. Quality of life of people living with HIV/aids in São Paulo, Brazil. *Rev Saúde Pública.* 2007;41(2):64-71.  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0034-89102007000900011](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-89102007000900011)>
10. Costa TL, Oliveira DM. Quality of life of people with Human Immunodeficiency Virus and interiorization: multidimensional assessment. *Rev Enferm UFPE on line.* 2013;7(10):5866-75.  
<[http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4853/pdf\\_3586](http://www.revista.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/4853/pdf_3586)>
11. Zimpel RR, Fleck MP. Quality of life in HIV-positive brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care.* 2007;19(7):923-30.
12. Selvaraj V, Ross MW, Unnikrishnan B, Hegde S. Association of quality of life with major depressive disorder among people with HIV in South India. *AIDS Care.* 2013;25(2): 169-72.
13. Medeiros B, Saldanha AAW. The relationship between religiousness and quality of life in people living with HIV. *Estud Psicol* 2012;29(1):53-61.  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0103-166X2012000100006](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-166X2012000100006)>
14. Padoin SMM, Zuge SS, Santos EEP, Primeira MR, Aldrighi JD, Paula CC. Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS. *Cogitare Enferm* 2013;18(3):446-51.
15. Ferreira DC, Favoreto CAO, Guimarães MBL. The influence of religiousness on living with HIV. *Comunic Saúde Educ* 2012;16(41):389-93.  
<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1414-32832012000200008](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-32832012000200008)>
16. Ferreira BE, Oliveira IM, Paniago AMM. Quality of life of people living with HIV/AIDS and its relationship with CD4+ lymphocytes, viral load and time of diagnosis. *Rev Bras Epidemiol* 2012;15(1):75-84.

<[http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1415-790X2012000100007](http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1415-790X2012000100007)>

17. Akinboro AO, Akinyemi SO, Olaitan PB, Raji AA, Popoola AA, Awoyemi OR, et al. Quality of life of Nigerians living with human immunodeficiency virus. *Pan Afr Med J.* 2014;18:234.
18. Lemos LA, Fiuza MLT, Pinto ACS, Galvão MTG. Group health promotion for patients with Human Immunodeficiency Virus. *Rev Enferm UERJ.* 2013;21(4):521-6.
19. Bakiono F, Ouédraogo L, Sanou M, Samadoulougou S, Guiguemdé PWL, Kirakoya-Samadoulougou F, et al. Quality of life in people living with HIV: a cross-sectional study in Ouagadougou, Burkina Faso. *Springerplus* 2014;21(3):372.
20. Oliveira FBM, Moura MEB, Silva FS, Oliveira BM, Pessoa RMC. Quality of life of people living with HIV/aids: care protocol for nursing practice. *Rev. Pre. Infec e Saúde.* 2015;1(2):9-20.
21. Faria JO, Silva GA. Nursing diagnoses in persons with HIV/aids: an approach based on Horta's conceptual model. *Rev Rene.* 2013;14(2):290-300.
22. Ferreira LTK, Ceolim MF. Sleep Quality in HIV-positive Outpatients. *Revista esc. enf. USP.* 2012;46(4):892-9.
23. Taquette SR, Meirelles ZV. Racial discrimination and vulnerability to STD/AIDS: a study of black teenage girls in Rio de Janeiro. *Physis.* 23(1):129-42.
24. Santos WM, Padoin SMM, Magnago TSBS, Dalmolin GL, Zuge SS. Factors involved between social support and self-efficacy in HIV-infected individuals. *Sci Med.* 2015;25(2):1-10.
25. Miller AK, Lee BL, Henderson CE. Death Anxiety in persons with HIV/AIDS: A systematic review and meta-analysis. *Death Stud.* 2012;36(7):640-63.

ISSN 1695-6141

© [COPYRIGHT](#) Servicio de Publicaciones - Universidad de Murcia