

**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ  
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM  
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM  
CURSO DE MESTRADO EM ENFERMAGEM**

**MARIA LUCIANA TELES FIUZA**

**RELIGIOSIDADE, ADESÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS VIVENDO  
COM AIDS EM USO DE ANTIRRETROVIRAIS**

**FORTALEZA**

**2012**

MARIA LUCIANA TELES FIUZA

**RELIGIOSIDADE, ADESÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS VIVENDO  
COM AIDS EM USO DE ANTIRRETROVIRAIS**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Linha de Pesquisa: Enfermagem no Processo de Cuidar na Promoção da Saúde

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Marli Teresinha Gimenez Galvão

Coorientador: Prof. Dr. André Ferrer Carvalho

FORTALEZA

2012

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação  
Universidade Federal do Ceará  
Biblioteca de Ciências da Saúde

- 
- F585r Fiuza, Maria Luciana Teles.  
Religiosidade, adesão e qualidade de vida em pessoas vivendo com AIDS em uso de antirretrovirais. / Maria Luciana Teles Fiuza. – 2012.  
79 f. : il. color., enc. ; 30 cm.
- Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará; Centro de Ciências da Saúde; Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem; Departamento de Enfermagem; Programa de Pós-Graduação em Enfermagem; Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2012.  
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.  
Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.  
Co-Orientação: Prof. Dr. Andre Ferrer Carvalho.
1. Enfermagem. 2. HIV. 3. Religião. 4. Qualidade de Vida. 5. Adesão à Medicação. I. Título.

---

CDD 616.9792

MARIA LUCIANA TELES FIUZA

**RELIGIOSIDADE, ADESÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS VIVENDO  
COM AIDS EM USO DE ANTIRRETROVIRAIS**

Dissertação apresentada à Coordenação do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.  
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde

Aprovada em: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

**BANCA EXAMINADORA**

---

Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão (Orientadora)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Prof. Dr. André Ferrer Carvalho (Coorientador)  
Universidade Federal do Ceará (UFC)

---

Profa. Dra. Elucir Gir (Membro efetivo)  
Universidade de São Paulo  
Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto

---

Profa. Dra. Gilmara Holanda da Cunha (Membro efetivo)  
Faculdade de Ensino e Cultura do Ceará (FAECE)

## ***Dedicatória***

*Ao **Regis** meu amigo e companheiro,  
pelo amor, carinho e dedicação a nossa  
família. Que acreditou em mim em  
todos os momentos, que mesmos  
difíceis, foram compartilhados comigo.  
As minhas lindas filhas, **Julia e Sofia**,  
que foram o principal motivo para essa  
realização, mesmo não entendendo  
minha ausência, pela inocência da  
infância, fizeram que tudo acontecesse.  
A minha mãe **Isolda**, exemplo de força e  
perseverança na minha vida.*

## *Agradecimento Especial*

*A Prof<sup>ª</sup> Marli pela sua amizade, que  
viveu todas as emoções ao meu lado.  
Por sua paciência, atenção e carinho  
que vem me oferecendo por todos esses  
anos. Muito Obrigada!!!*

## **AGRADECIMENTOS**

À Deus, pelo dom da vida, por abrir sempre os caminhos a minha frente, por não esperar nada de mim e não me deixar faltar a Fé, me conduzindo os passos em Tua direção, transformando os caminhos do meu coração...

As minhas amigas e companheiras de caminhada Larissa e Julyana, pelo nosso crescimento intelectual e pessoal durante esta caminhada.

A minha amiga Agnes Caroline, que conquistei durante a o desenvolvimento deste curso de mestrado, que somou comigo alegrias e dividiu dificuldades em todos os momentos.

As minhas queridas amigas/filhas, Herta, Patrícia, Larisse e Samyla, que fizeram parte do meu crescimento intelectual, pelo carinho e a paciência que compartilharam comigo, e o amor pela enfermagem.

Em especial a amiga Antônia que esteve disponível para ajudar sempre que preciso.

A equipe de pesquisadores, que fez a diferença nesta pesquisa, que não mediu esforços para alcançar o nosso objetivo.

Ao Grupo de Pesquisa “Núcleo de estudos em HIV/aids e doenças associadas”, e ao “Grupo de Apoio aos Portadores de HIV” do Projeto de Extensão.

Aos pacientes participantes do estudo que foram personagens principais, colaborando em cada etapa de desenvolvimento da pesquisa. Pela ajuda e entendimento de vocês, realizei mais um sonho... à todos meu muito obrigada!

Aos colegas de turma, que juntos compartilhamos de muitos momentos, incentivadora, de trocas de experiências, que muito me ajudou nesse momento final de concretização do estudo, com ensinamentos, paciência, carinho e disponibilidade.

## ***Encontro de Dois***

*Olho no olho.  
Cara a cara.  
E quando estiveres perto  
eu arrancarei  
os seus olhos  
e os colocarei no lugar dos meus.  
E tua arrancara  
os meus olhos  
e os colocara no lugar dos teus.  
Então, eu te olharei com teus olhos  
e tua olharas com os meus*

*(Jacob Levy Moreno)*

## RESUMO

Fiuza, Maria Luciana Teles. **Níveis de adesão de espiritualidade, adesão e qualidade de vida em pessoas vivendo com aids em uso de antirretrovirais**. [Dissertação]. Fortaleza: Universidade Federal do Ceará, 2012.

Teve-se como objetivo geral avaliar a relação da religiosidade na efetividade da adesão e da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/aids utilizando terapia antirretroviral. Trata-se de estudo de corte transversal, exploratório, com abordagem quantitativa, realizado no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará. Participaram 215 pessoas infectadas pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), em uso de terapia antirretroviral (TARV) por meio de entrevista estruturada, utilizada para a coleta de dados sociodemográficos e clínicos, sendo aplicados três instrumentos: o Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH) que possui 20 itens; o Questionário para avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-HIV Bref), composto por seis domínios; e a Escala de índice de religiosidade da Universidade Duke (Duke Religious Index – Durel) com três dimensões: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI). Os dados coletados foram analisados utilizando-se o programa estatístico STATA versão.11. Foram descritos os totais das principais características do estudo e estratificados de acordo com os graus de adesão. Realizou-se análises bivariadas, aplicados diferentes testes para comparação entre proporções e correlações. Para avaliação da consistência interna das respostas aos itens dos instrumentos, foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach. Para avaliar a magnitude da adesão, foi utilizada a prevalência e a Razão de Prevalência. Em todas as análises foi adotado o nível de significância estatística de 5%. O estudo foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa do HUWC. Os resultados demonstraram que as mulheres se apresentaram 45% menos aderentes do que os homens. As pessoas com idades entre 50 e 59 anos são aproximadamente três vezes menos aderentes. Ser heterossexual, possuir menos rendimentos, ter menores anos de estudo e estar desempregado, possuir três ou mais filhos e coabitar com quatro pessoas ou mais são as situações indicativas de menores níveis de adesão. Em relação à adesão aos antirretrovirais e a religiosidade observou-se que à medida que reduz o tempo para as atividades religiosas privadas também é reduzido o grau de adesão. Com relação à religiosidade e a qualidade de vida, existe relação entre apresentar condições físicas e o aumento da frequência a encontros religiosos e contar com suporte social amplia e frequência a encontros religiosos. As pessoas que participam de atividades religiosas privadas possuem aumento das crenças pessoais, religiosas e espirituais. Quanto à relação da adesão e a qualidade de vida, os domínios de qualidade de vida e os grupos de adesão (inadequada/adequada) diferiram entre si. Conclui-se que ser mulher, viver com baixos rendimentos, ter frequentado menos à escola, ter mais idade, ter mais filhos e coabitar com várias pessoas implicam em nível inadequado de adesão a TARV. Foi evidenciado que a religiosidade promove restrita influência na adesão, entretanto, a adesão repercute substancialmente na qualidade de vida.

**Palavras-chave:** Enfermagem. HIV. Religião. Qualidade de vida. Adesão à Medicação.

## ABSTRACT

Fiuza, M.L.T. **Spirituality, adherence and quality of life levels in aids patients under antiretroviral treatment**. 2012. Master's Thesis. Universidade Federal do Ceará. School of Pharmacy, Dentistry and Nursing. Nursing Program. Graduate Nursing Course

The general aim was to assess the contribution of religiosity to the effectiveness of adherence and quality of life in people under antiretroviral therapy. A cross-sectional study with a quantitative approach was developed at the outpatient clinic for infectious diseases of Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) at Universidade Federal do Ceará, Brazil. Participants were 215 people infected by HIV and under antiretroviral therapy (ARVT) between March and June 2012. A structured interview was used to collect sociodemographic and clinical data, and three instruments were applied: the Antiretroviral treatment adherence assessment questionnaire (CEAT-VIH), which consists of 20 items; the Quality of life assessment questionnaire (WHOQOL-HIV Bref), including six domains; and the Duke Religious Index – Durel, comprising three dimensions: Organizational Religiosity (OR), Non-Organizational Religiosity (NOR) and Intrinsic Religiosity (IR). The collected data were analyzed using STATA v.11. Total scores for the main characteristics were described and stratified according to the adherence levels. Bivariate analyses were performed and different tests were applied to compare proportions and correlations. To evaluate the internal consistency of the answers to the instrument items, Cronbach's Alpha coefficient was used. To assess adherence, prevalence and the Prevalence Ratio were used. In all analyses, statistical significance was set at 5%. The study received approval from the research ethics committee at HUWC. The results demonstrated that the women were 45% less adherent than the men. Adherence levels are approximately three times lower among people between 50 and 59 years of age. Being heterosexual, gaining a lower income, having less years of education and being unemployed, having three or more children and living with four people or more are situations that indicate lower adherence levels. As regards adherence to antiretroviral therapy and religiosity, it was observed that shorter time for private religious activities also reduces adherence levels. As regards religiosity and quality of life, a possible relation exists between physical conditions and increased participation in religious meetings. Counting on social support can enhance attendance of religious meetings. People who participate in private religious activities show higher levels of personal, religious and spiritual beliefs. Concerning the relation between adherence and quality of life, distinctions are found between the quality of life domains and adherence groups (inappropriate/appropriate). In conclusion, being a woman, living on a low income, lower education level, older age, more children and living with different people entail an inappropriate adherence level to ARVT. As evidenced, the influence of religiosity on adherence is restricted, while adherence substantially affects quality of life.

**Key words:** Nursing, HIV, Religion, Quality of Life, Medication Adherence.

## LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Associação entre a adesão inadequada aos antirretrovirais de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral de acordo a avaliação da escala CEAT-HIV por sexo (n = 215). Fortaleza - CE, 2012.....	35
Tabela 2 – Características sociodemográficas referidos por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão a terapia (n = 215). Fortaleza - CE, 2012.....	39
Tabela 3 – Características clínicas referidas por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012.....	41
Tabela 4 – Características da religiosidade referidas por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012.....	43
Tabela 5 – Medidas descritivas e correlações das subescalas Duke (DUREL) com os valores obtidos da pontuação CEAT-HIV de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de TARV em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012 .....	44
Tabela 6 – Correlações das subescalas Duke (DUREL) com os valores obtidos dos domínios do WHOQOL-HIV Bref de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de TARV (n=215). Fortaleza - CE, 2012.....	45
Tabela 7 – Medidas descritivas e avaliação da consistência interna da escala WHOQOL-HIV Bref de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de TARV em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012...	47
Tabela 8 – Distribuição dos escores médios dos domínios da escala WHOQOL HIV Bref de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012.....	48

## LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

- CE - Consulta de Enfermagem
- CD4 - Contagem de Linfócitos T CD4<sup>+</sup>
- CEAT-VIH - Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral
- COFEN - Conselho Federal de Enfermagem
- CV - Carga Viral
- DP - Desvio Padrão
- DST - Doença Sexualmente Transmissível
- DUREL - Duke Religious Index
- HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy
- HAD - Escala para Ansiedade e Depressão
- HAT-QoL - HIV/AIDS-Targeted Quality of Life Instrument
- HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana
- HUWC - Hospital Universitário Walter Cantídio
- IBGE - Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
- NEAIDS - Núcleo de Estudos em HIV/aids e Doenças Associadas
- QV - Qualidade de vida
- RP - Razão de Prevalência
- RR - Risco Relativo
- RO - Religiosidade Organizacional
- RNO - Religiosidade Não-Organizacional
- RI - Religiosidade Intrínseca
- SAE - Serviço de Assistência Especializada
- SICLOM - Sistema de Controle e Logística de Medicamentos
- SISCEL - Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4<sup>+</sup>/CD8<sup>+</sup> e Carga Viral
- TARV - Terapia Antirretroviral
- TCLE - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
- UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
- UFC - Universidade Federal do Ceará
- WHOQOL - Questionário para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde
- WHOQOL-HIV Bref - Questionário para Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde para Pessoas que Vivem com HIV/aids Abreviado

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO</b> .....	13
1.1	Apresentação.....	13
1.2	Contexto histórico e repercussão da infecção pelo HIV na vida dos infectados.....	16
1.3	Adesão, Qualidade de vida e Religiosidade.....	19
<b>2</b>	<b>OBJETIVOS</b> .....	25
2.1	Geral.....	25
2.2	Específicos.....	25
<b>3</b>	<b>MATERIAL E MÉTODO</b> .....	26
3.1	Desenho e tipo de estudo.....	26
3.2	Local do estudo.....	27
3.3	População alvo.....	27
3.4	Amostra.....	28
3.5	Coleta de dados.....	29
3.6	Instrumento de coleta de dados.....	29
3.7	Descrição das variáveis.....	31
3.8	Análise de dados.....	32
3.9	Aspectos éticos.....	34
<b>4</b>	<b>RESULTADOS</b> .....	35
4.1	Caracterização da adesão de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral por sexo.....	35
4.2	Caracterização sociodemográfica referidos por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão.....	37
4.3	Caracterização clínica e epidemiológica referidas por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão.....	40
4.4	Caracterização da religiosidade referidas por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão.....	42
4.5	Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV/aids e avaliação da adesão a terapia antirretroviral.....	46
<b>5</b>	<b>DISCUSSÃO</b> .....	49
<b>6</b>	<b>CONCLUSÃO</b> .....	58
<b>7</b>	<b>RECOMENDAÇÃO</b> .....	60
	REFERÊNCIAS.....	62
	APÊNDICES.....	71
	ANEXOS.....	73

# 1 INTRODUÇÃO

---

## 1.1 Apresentação

Este trabalho pretendeu investigar como a religiosidade tem associação na adesão à terapia antirretroviral (TARV) e na qualidade de vida (QV) no contexto da infecção pelo HIV, com a finalidade de contribuir para a produção do conhecimento em saúde no cenário ambulatorial haja vista que a quantidade de estudos que avaliam a associação entre religiosidade, adesão e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids, ainda são insuficientes. Além da escassez de estudos acerca da temática, observa-se no cotidiano da assistência especializada a presença de conteúdo de crenças referidas pelos pacientes durante os atendimentos, como a atribuição de seu estado geral a determinação religiosa, fato que tem originado discussões da equipe multiprofissional que se vincula no campo da extensão universitária, ensino e de pesquisa da Universidade Federal do Ceará.

Desta forma, as informações apontadas e leituras sobre os diferentes contextos do HIV nos fez despertar para o desenvolvimento desta proposta que possibilitou a contribuição para a ciência mediante a produção científica na área de enfermagem, na temática da infecção pelo HIV e no desenvolvimento de ações de promoção de saúde com os pacientes que vivem com o vírus no contexto ambulatorial. A proposta de promoção de saúde tem como importância a busca pela reestruturação da saúde, quando ultrapassa o referencial biológico na relação do binômio saúde-doença, utilizando um olhar integral a clientela levando em consideração as instâncias físicas, assim como os referenciais sociais, culturais, econômicos, psicológicos, assim como os espirituais (BRASIL, 2002).

A 8ª Conferência Nacional de Saúde realizada em Brasília em 1996 lançou os princípios da Reforma Sanitária Brasileira, o que foi reafirmado pela Constituição Federal de 1988, que definia os pressupostos defendidos no movimento da Reforma Sanitária, assim como os conceitos e deliberações da 8ª Conferência Nacional de Saúde. Nessa perspectiva, a saúde passou a ser um direito garantido do cidadão e sua promoção e manutenção um dever do Estado. No artigo 196 da Constituição Federal fica determinado: “A saúde é direito de todos e dever do Estado, garantido mediante políticas sociais e econômicas que visem à redução do risco de doenças e de outros agravos e ao acesso universal e igualitário às ações e serviços para a promoção, proteção e recuperação” (BRASIL, 1988).

A promoção da saúde no contexto terciário a nível ambulatorial desenvolve-se mediante o Serviço de Assistência Especializado (SAE), atendendo pacientes que vivem com HIV e nos diferentes estágios da doença, por meio de ações assistenciais, de prevenção e tratamento que propiciam o vínculo da clientela com uma equipe multiprofissional que o atende ao longo de sua enfermidade (BRASIL, 2005). Faz parte da equipe de saúde do SAE o enfermeiro, que tem como atribuições a assistência de enfermagem, com ações de prevenção e promoção da saúde. Dentre as atividades desenvolvidas destaca-se assegurar o controle e distribuição de antirretrovirais; orientações para realização de exames de monitoramento; distribuição de insumos de prevenção; atividades educativas para adesão ao tratamento e para prevenção e controle de DST e aids (BRASIL, 2005).

O Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) menciona a aids como um grave problema de saúde pública no Brasil, dado ao aumento de sua incidência, onde encontramos pessoas com dificuldades financeiras, aumento de número de mulheres infectadas, jovens de ambos os sexos, assim como crescimento de casos em cidades interioranas do país (UNAIDS, 2010).

A partir do início da década de 80 até o primeiro semestre de 2011, foram notificados no Brasil 608.230 casos de aids, ou seja, quando a doença já está manifestada. Na avaliação da epidemia por região do país em um período de 10 anos, de 2000 a 2010, observa-se uma taxa de incidência em diminuição na região Sudeste, de 24,5 para 17,6 casos por 100 mil habitantes, já nas outras regiões ocorreu um crescimento de 27,1 para 28,8 no Sul; 7,0 para 20,6 no Norte; 13,9 para 15,7 no Centro-Oeste; e 7,1 para 12,6 no Nordeste (BRASIL, 2011).

Na região nordeste, a epidemia de aids encontra-se em franca expansão, pois trata-se de uma região pobre do país, que possui os piores níveis de desenvolvimento socioeconômicos, situação que dificulta as ações de prevenção e controle (MACHADO *et al.*, 2010). Com o intuito de controlar os avanços da epidemia no Brasil, várias estratégias foram criadas para garantir a assistência especializada para essa clientela, dentre essas, o atendimento ambulatorial, e a inserção do cliente, como agente coadjuvante no processo de cuidar em saúde.

A partir da introdução da terapia antirretroviral em 1996, as pessoas que vivem com HIV/aids passaram a ter possibilidade de uma sobrevida maior, aliada a uma melhor qualidade de vida (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008). Porém, para garantir melhores perspectivas dessa clientela, fez-se necessário a introdução das atividades educativas e preventivas, trazidas principalmente pela atenção multiprofissional, incluindo-se a assistência

de enfermagem. Ressalta-se o caráter educativo das ações desenvolvidas pelo enfermeiro que busca transmitir informações para melhorar a capacidade de adoção de práticas de saúde por parte das pessoas portadoras de doenças crônicas, com o intuito da emancipação através do emponderamento de informações. Para isso, são necessárias melhorias de condições de saúde como: desenvolvimento de habilidades nas relações interpessoais, diminuição do estresse, gerenciamento do estilo de vida e intensificação das habilidades na resolução de problemas (FAUSTINO; SEIDL, 2010).

Portanto, destaca-se a introdução da consulta de enfermagem (CE), para a promoção de saúde e obtenção de uma excelência no cuidado. O atendimento de enfermagem sistematizado visa à valorização da relação entre enfermeiro e paciente e os saberes envolvidos na efetivação do cuidado de enfermagem, além de oferecer produtividade e qualidade ao atendimento prestado (CROZETA *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2010). Assim, o atendimento sistematizado é uma estratégia para atingir a clientela, criando um vínculo positivo de comunicação entre o enfermeiro e o cliente. Assim, podemos observar que o enfermeiro é capaz de compreender tanto a doença e seu tratamento, como também o contexto em que o seu paciente está inserido, proporcionando a criação de um plano individual de ações de enfermagem que podem trazer melhorias na qualidade de vida para as pessoas que vivem com HIV/aids de acordo com os recursos encontrados (CUNHA; GALVÃO, 2011).

Considera-se que o paciente acometido pelo HIV/aids pode ser incumbido por inúmeras consequências psicossociais, profissionais, familiares e orgânicas, em que o indivíduo é tratado de forma excludente e estigmatizante que repercute em vários aspectos da vida, como na produtividade, na capacitação social e na própria QV (REIS; GIR, 2009; GEOCZE *et al.*, 2010; GASPAR *et al.*, 2011).

O termo QV vem sendo introduzido no cotidiano em várias áreas do conhecimento humano, e a tentativa de elaboração de um conceito científico é recente, além de ser utilizado como sinônimo de estado de saúde, estado funcional, bem estar psicológico, felicidade com a vida, satisfação das necessidades e avaliação da própria vida (SEIDL; MACHADO, 2008). QV é um conceito interdisciplinar abrangendo diferentes áreas de conhecimento, sua aplicação na saúde geralmente está associada às enfermidades ou às intervenções, sendo de difícil avaliação por falta do conhecimento necessário, e, portanto dificultando a inclusão na prática clínica (SEIDL; ZANNON, 2004).

A qualidade de vida dos portadores de HIV, bem como em outras doenças, é fortemente influenciada por fatores sociodemográficos, como: condições socioeconômicas, gênero, raça/etnia, renda e grau de escolaridade, além dos fatores clínicos e psicossociais

(REIS; GIR, 2009). Diante da complexidade dos fatores que interferem na qualidade de vida e consequentemente no tratamento e bem estar das pessoas que vivem com HIV/aids percebe-se a utilidade de sua avaliação.

A adesão a Terapia Antirretrovirais (TARV) a partir do uso adequado e sistematizado constitui um desafio para quem trabalha e quem convive com o HIV. Sua utilização é importante no acompanhamento em saúde, além de influenciar no contexto físico de curto e longo prazo (GUIMARÃES *et al.*, 2007).

A religiosidade pode ser entendida como o comprometimento que o indivíduo tem com o conjunto de crenças e dogmas que fundamentam seus princípios, através do qual se une a seus pares, numa instituição religiosa, onde são determinadas esperanças sobre o futuro, oferece sentido a vida, ressignifica sua existência e diversifica suas habilidades de enfrentamento (SOUSA, 2011).

Desta Forma, ao tentar compreender o fenômeno da religiosidade, observa-se fator influenciador ou não de saúde, além de componente na QV dos indivíduos portadores de enfermidades crônica, como no caso da aids, assim como na população considerada saudável (MEDEIROS; SALDANHA, 2012). A ligação entre religiosidade e saúde mostra que pessoas religiosas, têm melhores os índices de saúde e bem estar (FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012).

## **1.2 Contexto histórico e repercussão da infecção pelo HIV na vida dos infectados**

A aids é uma doença emergente, de comportamento pandêmico e sem cura até o momento, porém após o surgimento da terapia antirretroviral, além dos avanços tecnológicos em relação ao monitoramento da doença, por meio de marcadores biológicos, como a contagem de células CD4 e Carga Viral, ocorreram modificações no cotidiano dos pacientes e de seus familiares, trazendo à doença status de doença crônica. Assim, conferindo aos portadores de HIV/aids um aumento de expectativa de vida, gerando novos desafios para o enfrentamento da doença, além de analisar as dimensões individuais e comportamentais, sociais ou contextuais de suas vidas, observando a desaceleração do processo de adoecimento do portador do vírus, e assim a re-significação da síndrome, modificando sua conotação de doença mortal para uma doença crônica grave (ALVES; MAGALHÃES; MATOS, 2010; MEDEIROS; SALDANHA, 2012; FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012).

Observa-se uma estabilização da epidemia de aids na população geral, porém ocorre um crescimento em grupos marginalizados principalmente entre mulheres e negros

(GARCIA; PARKER, 2011). O perfil epidemiológico que orienta as políticas de enfrentamento da doença mostra tendências de interiorização, heterossexualização, feminização e pauperização (REGO *et al.*, 2011). A aids tem sido considerada como um dos maiores problemas de saúde pública no Brasil e no mundo. Em nosso país foram identificados na população de 15 a 24 anos, entre os anos de 1980 e 2011, 66.698 casos de aids, sendo dividido entre 38.045 no sexo masculino (57%) e 28.648 no sexo feminino (43%) (BRASIL, 2011).

Nas duas primeiras décadas da descoberta da aids, receber o diagnóstico de HIV era acompanhado de uma sentença de morte. Com os avanços das propostas desenvolvidas pelo setor de saúde e recursos de maior eficácia, observou-se que o processo de adoecimento desses indivíduos, alcança novas perspectivas com isso surgiu à necessidade de modificação das demandas de assistência à doença (Brasil, 2008a), especialmente, aquelas que propiciam melhor QV.

A utilização da TARV aumentou a sobrevida, diminuiu as intervenções por doenças oportunistas, trazendo queda da mortalidade, porém sua utilização correta é um desafio, sendo assim, torna-se necessário a criação de subsídios para uma adesão adequada, de forma a evitar o surgimento de resistência viral e falha terapêutica (COZINHE *et al.*, 2009).

De acordo com o Ministério da Saúde, o acompanhamento direcionado aos clientes com HIV apresenta grande complexidade em seu manejo clínico e na abordagem de suas peculiaridades sociais e psicológicas exigindo atenção específica e rápida incorporação de novos saberes e práticas. Portanto, destacam-se condições mínimas necessárias, como: alimentação, moradia, trabalho e lazer, para assistir com qualidade todas as pessoas que vivem com HIV/aids (BRASIL, 2008a). Neste contexto, o enfermeiro tem papel importante nos diferentes cenários de práticas em saúde, auxiliando e promovendo a saúde dos infectados.

Nas diversas áreas das ciências, diversos estudos destacam aspectos importantes na prática clínica que contribuem para ampliar a sobrevida dos clientes com HIV. O principal enfoque refere-se à manutenção do sistema imunológico através da adoção de regimes terapêuticos que retardam o surgimento da imunodeficiência e mantém a QV relacionada a saúde (BRASIL, 2006; BRASIL, 2007; ALVES; MAGALHÃES; MATOS, 2010; GEOCZE *et al.*, 2010), tais práticas relacionam-se diretamente à manutenção e promoção de um estado de equilíbrio da saúde física e mental.

Ainda para equilíbrio da saúde indica-se a necessidade de reduzir contato com outras doenças oportunistas (ALVES; MAGALHÃES; MATOS, 2010). Melhorar a ingestão

de alimentos nutritivos é de grande importância para a saúde e melhoria da QV, pois interfere diretamente no bem estar físico e mental, de forma que a alimentação deve ser balanceada, adequada individualmente para produzir melhorias na defesa imunológica, absorção intestinal, assim como minimizar problemas produzidos pela síndrome da lipodistrofia (BRASIL, 2006). Outro cuidado é a restrição de contatos com animais transmissores de doenças, pois a transmissão epidemiológica está associada a condições de saúde-doença, em que as pessoas que vivem com o HIV, são mais susceptíveis a infecções oportunistas, necessitando de prevenção e controle de agravos (ALVES, MAGALHÃES E MATOS, 2010). Além disso, deve-se fazer uso adequado de medicamentos que produzem melhoria nos resultados clínicos, diminuindo o avanço da doença, assim como a mortalidade, o que produz conseqüências positivas na QV do indivíduo (GEOCZE *et al.*, 2010).

Quando observado o contexto da saúde mental/psicológica são observadas também dificuldades em relação às vivências de lazer, ocorrendo isolamento social em virtude do medo e do processo de estigmatização, produzido pelo preconceito social (SOUZA E FREITAS, 2009), entre outros. A carência de uma rede social para inserção das pessoas que vivem com HIV/aids, pode trazer incapacidade de enfrentamento de eventos estressantes da vida de forma eficaz, levando à vulnerabilidade às doenças mentais, ao mesmo tempo em que impõe a manutenção de um estado de enfrentamento positivo para alcançar o equilíbrio, trabalhando o enfrentamento focado no problema (TSEVAT *et al.*, 2009; FAUSTINO; SEIDL, 2010).

A depressão é considerada um dos transtornos mentais mais comuns entre as pessoas que vivem com HIV/aids, estando os sintomas depressivos associados aos resultados de saúde e diretamente ligado a uma rápida progressão da doença, assim como maior mortalidade (PEREZ *et al.*, 2009). Portanto, acontecem situações reais de vulnerabilidade, de exposição à agravos de saúde e mesmo acometimento que leva à morte, que resultam tanto de aspectos individuais como de contextos ou condições coletivas que produzem maior suscetibilidade aos agravos e morte em questão e, simultaneamente, a possibilidade e os recursos para o seu enfrentamento (AYRES *et al.*, 2009). Tais circunstâncias se detectadas precocemente possibilitarão intervenções específicas aos infectados e doentes para viver cotidianamente com mais qualidade e quiçá alcançarem a cura.

### 1.3 Adesão, Qualidade de vida e Religiosidade

A aids é uma doença que traz modificações não somente biológicas, mas principalmente psicossociais em virtude da estigmatização e da inexistência de cura. Geralmente a descoberta da infecção pelo HIV é um ponto marcante e traumatizante. Muitos sentimentos negativos afloram com o diagnóstico positivo, como tristeza, depressão, revolta, angústia, medo de morrer e até tentativa de suicídio. Ocorre auto-isolamento e muitos escondem o diagnóstico da família. Pode acontecer queda no padrão de vida, que por si só já é um agente estressor, até o autoisolamento, a fuga de problemas e medo de contaminar terceiros (CUNHA; GALVÃO, 2011).

O bem estar não é determinado apenas pelo estado de saúde e a resposta ao tratamento, mas também por outras dimensões, como as sociais e psicológicas. A conceituação de QV em saúde baseia-se na interpretação das necessidades humanas fundamentais, materiais e espirituais, além de possuir em seu foco o conceito de promoção da saúde. A identificação de fatores que determinam a QV é importante para a melhoria da saúde, assistência social e satisfação das pessoas que vivem com HIV/aids (RÜÜTEL *et al.*, 2012).

Observamos que a QV das pessoas que vivem com HIV/aids, não é determinada unicamente pelo seu estado de saúde e resposta a utilização de tratamentos, mas também por parâmetros psicológicos e sociais. Segundo Rüütel *et al.* (2009) deve-se levar em consideração a idade, gênero, instrução, emprego, entre outros fatores potencialmente modificáveis, como conhecimento sobre a doença. Para Geocze *et al.* (2010), vários aspectos são compreendidos na avaliação da QV, aspectos físicos, psíquicos e sociais, levando-se em consideração a manutenção e melhoria dos vínculos afetivos e sociais, sensação de vigor, remissão do conforto e comodidade subjetiva. A qualidade de vida pode ser observada a partir da correspondência das ambições e expectativas em relação à experiência pessoal, considerando o contexto cultural em que o indivíduo está inserido.

Observa-se que a associação de uma fonte de renda estável e vínculo empregatício, proporciona melhoria da QV das pessoas que vivem com HIV/aids, pois além do benefício financeiro do emprego, também existe uma estrutura de apoio social, identidade de papel e significado. Além da observação de que uma renda estável e emprego são associados com uma maior adesão a TARV (RÜÜTEL *et al.*, 2009).

No Brasil, associado à gratuidade da TARV, também destaca-se os avanços programáticos no controle da epidemia de aids, como a garantia da oferta de assistência especializada para pessoas vivendo com HIV/aids em todas as regiões. Em nível ambulatorial desenvolvem-se o Serviço de Assistência Especializada (SAE). Os serviços ambulatoriais em HIV e aids são serviços de saúde que realizam ações de assistência, prevenção e tratamento às pessoas vivendo com HIV ou aids e que propicia o vínculo do portador do HIV/aids com uma equipe multiprofissional que o atende ao longo de sua enfermidade (BRASIL, 2005). Portanto, a correta utilização da TARV é o principal foco no que se refere ao tratamento dos infectados pelo HIV, para que possam usufruir dos benefícios que a utilização sistemática do tratamento pode trazer (RÜÜTEL *et al.*, 2009; COZINHE *et al.*, 2009; REYES, 2010; FONSECA *et al.*, 2012). Mesmo com a existência e a utilização de combinações de fármacos eficazes para evitar a proliferação viral e o avanço da doença, o estado de imunodepressão e a reposta imunológica modificam-se ao longo do tratamento. Em geral, acontece um ponto de extrema importância no acompanhamento, no caso de doenças crônicas como a aids: a adesão (REGO *et al.*, 2011).

Para que a TARV seja utilizada sistematicamente, corretamente e incorporada a rotina diária das pessoas que vivem com HIV/aids, é necessário que seja trabalhada a adesão ao tratamento, já que os regimes terapêuticos são complexos, compostos de grandes doses diárias, armazenamento a baixa temperatura, cápsulas de tamanho grande que dificultam a deglutição, além do conflito de horários das doses no cotidiano dos pacientes (BRASIL, 2007; FAUSTINO; SEIDL, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2010).

Segundo Brasil: Ministério da Saúde (2008), “Adesão é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo.” (BRASIL, 2008b, p.14). Ela necessita da integração entre pacientes e profissionais de saúde e de rede social de apoio, estabelecendo as ações de cada esfera no processo, promovendo o autocuidado (FONSECA *et al.*, 2012).

O início da utilização da TARV deve ser transmitida de maneira positiva para o paciente, esse é um dos momentos mais difíceis para as pessoas que vivem com HIV/aids, pois incorpora uma nova rotina a sua vida, e a utilização dos remédios os faz lembrar a cada momento da sua condição de doente. Assim uma relação de confiança e parceria ativa com o profissional pode ajudar a gerenciar essa introdução (REYES, 2010).

Conforme o Manual de Adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids (Brasil, 2008b), existem aspectos que podem facilitar ou dificultar a adesão. Entre os

fatores que dificultam a adesão estão: a forma complexa do tratamento, como o tamanho, quantidade por dose, armazenamento e horários; ausência de apoio social e afetivo; baixa escolaridade; negação da soropositividade; comportamento mental alterado; falta de vínculo com a equipe; crenças negativas sobre a doença; dificuldade de adequação do tratamento a rotina diária; utilização de álcool ou drogas e a compreensão desses aspectos dificultadores da adesão. Já quando citados os que podem facilitar a adesão, destacam-se: a informação sobre a doença e o tratamento; o acolhimento ao paciente, criação do vínculo entre profissional da equipe multidisciplinar e paciente; parceria com Organizações da Sociedade Civil e apoio social.

A adesão ao tratamento é de grande importância no acompanhamento em saúde e tem impacto em diversos contextos: físico, como náuseas e os vômitos, lipodistrofia, dislipidemia; quanto aos emocionais temos a aceitação do diagnóstico, confiar o diagnóstico, estabelecer vínculos afetivos e o social, que mostra o preconceito e discriminação (GUIMARÃES *et al.*, 2007; GEOCZE *et al.*, 2010). O conceito de adesão não se limita a desvios do plano de tratamento elaborado, mas também a comportamentos do paciente como o não comparecimento às consultas, falta de tomadas da medicação, alterar a dose prescrita, não respeitar a frequência das administrações, não cumprir a associação da medicação com os alimentos, o desconhecimento do nome dos fármacos a tomar, terminar o tratamento antes do prazo recomendado, entre outros aspectos. Além da manutenção de práticas saudáveis recomendadas pelos profissionais de saúde como alimentar-se adequadamente, realizar exercícios físicos regularmente, a diminuição do uso de bebidas alcoólicas e não fumar (DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2006).

Um ponto importante a ser observado, é a instrução do cliente, onde o analfabetismo é uma grande barreira para a introdução do autocuidado e o empoderamento dos mesmos (COZINHE *et al.*, 2009 e REYES, 2010), onde se observar os mais baixos índices de adesão das pessoas vivendo com HIV/aids de menor instrução.

Para alcançar ao máximo a adesão, especialmente as intervenções do enfermeiro, deve-se ter por base a orientação e avaliação dos clientes, de acordo com a sua rotina diária e os seus hábitos de vida. Também, torna-se importante conhecer o seu perfil biopsicossocial e fornecer orientações específicas sobre cada medicamento (COZINHE *et al.*, 2009). Existem algumas categorias de pacientes que necessitam de abordagem especializada, entre elas o idoso, a gestante, a criança e o adolescente, a pessoa com distúrbios psiquiátricos, os que possuem história de abuso de álcool e drogas e as pessoas em situação de exclusão social importante (RÜÜTEL *et al.*, 2009).

A não adaptação da TARV na rotina diária, está entre as variáveis relacionadas à vulnerabilidade ao HIV/aids, e encontra-se diretamente associado ao fumo, ingestão de álcool e utilização de drogas ilícitas (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007). Assim, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam que a não-adesão é um fenômeno que deve ser trabalhado junto ao paciente de forma sistematizada, com desenvolvimento de ações que favoreçam uma atuação efetiva dos profissionais e uma incorporação do tratamento pelo paciente. A enfermagem é imprescindível na adesão ao tratamento, com a orientação e avaliação do cliente de acordo com sua rotina diária e seus hábitos de vida. Além da importância de conhecer o perfil biopsicossocial, fornecendo orientações individualizadas e específicas sobre cada medicamento e sua interferência, ou benefícios com interações medicamentosas, sono-reposo e alimentação (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005; FERNANDES *et al.*, 2009; SALDANHA; BECK, 2009; RODRIGUES *et al.*, 2010).

A aids ocasiona uma variedade de sintomas dentre os quais destacamos os transtornos psicológicos e a decomposição da QV do indivíduo, a busca da promoção de um ambiente saudável cria efeitos positivos que conduzem a melhoria dos sintomas do HIV, auto-estima e adesão a TARV (TREVINO *et al.*, 2010; LYON *et al.*, 2011). A utilização de TARV melhora o estado geral dos pacientes, porém não é suficiente, havendo a necessidade da observação dos transtornos psicológicos, abordando as condições de vida do indivíduo de forma mais ampla.

A introdução da TARV demonstra melhora significativa na QV nos pacientes com infecção (Rüütel *et al.*, 2009), assim a associação da espiritualidade na introdução do tratamento é fator importante na utilização de estratégias de enfrentamento espiritual, que pode promover mudanças na QV e adesão das pessoas que vivem com HIV/aids (HODGE; ROBY, 2010). Observa-se na literatura, os efeitos positivos que a religião promove no enfrentamento das doenças, onde os que possuem prática religiosa e buscam subsídios para enfrentamento do adoecimento, tendem a obter fortalecimento no sentido de vida, proporcionando integração social através das entidades religiosas (ARAÚJO *et al.*, 2008). A utilização de práticas religiosas de enfrentamento tende a aumentar a capacidade do indivíduo em conviver com a doença. Práticas religiosas e crenças funcionam como amortecedor de eventos de vida negativos (SCARINCI *et al.*, 2009).

Os efeitos da religiosidade na saúde física como prevenção ou abstenção do uso de drogas, álcool ou tabaco (Guimarães e Avezum, 2007), como também na manutenção de hábitos saudáveis (Panzini *et al.*, 2007), ou mesmo na adesão a terapias e recuperação da saúde (Faria e Seidl, 2005), são observados de modo mais relevantes, pois a religião se apresenta de

modo integradora social, proporcionando maior condições de manutenção de tratamentos clínicos.

Observa-se que indivíduos religiosos tendem a possuir melhor QV, além de obter maior enfrentamento em situações de estresse, devido aos hábitos e comportamentos saudáveis, cuidado com a vida, com o corpo e saúde (MOREIRA-ALMEIDA; LOTUFONETO; KOENIG, 2006). A religião mostra-se como ação de integração social, proporcionando aproximação com grupos sociais, essa socialização promove maiores possibilidade do fortalecimento do indivíduo. A promoção de um ambiente de religiosidade e inserção da família cria um efeito positivo principalmente na adesão da TARV (LYON *et al.*, 2011).

Segundo Lukoff, Lu e Tuuner (1992), a adesão a crenças e práticas relativas a uma igreja ou instituição religiosa organizada, chama-se religiosidade, enquanto que a relação instituída por um indivíduo com uma força superior na qual ele crê é chamada de espiritualidade.

Observamos a religiosidade como a forma institucional, capaz de interferir nos comportamentos e respostas individuais, enquanto a espiritualidade diz respeito a algo individualizado, ligado a um ser superior, porém ambos com capacidade de atuar dentro do processo saúde-doença (KREMER; IRONSON; KAPLAN, 2009).

Na avaliação dos aspectos históricos referentes à religiosidade e a saúde, onde a saúde é avaliada em sua dimensão tanto física com também mental, buscamos essa associação em contextos histórico-culturais distantes, como nas referências bíblicas, ou mesmos nos mitos gregos. Tais referências possuem influência cultural até nos dias atuais. A utilização de um modelo psicossocial de adesão a TARV, baseado na teoria social cognitiva, fornece evidências na mudança de comportamento dos indivíduos favorecendo a adesão (DIORIO *et al.*, 2009).

Estudos mostram que a religiosidade se associa com a diminuição de prevalência e nível de sintomas de depressão entre as pessoas que vivem com HIV/aids. O apoio social e enfrentamento de estilo de vida são fatores que interferem no desenvolvimento entre espiritualidade e depressão, promovendo a prática de aceitação face ao sofrimento (PEREZ *et al.*, 2009).

As crenças religiosas dos indivíduos promovem força para superar as dificuldades, de forma que as pessoas que vivem com HIV podem encontrar na religiosidade um enfrentamento positivo, garantindo auxílio para suportar as necessidades e angústias produzidas pela doença (CASTANHA *et al.*, 2007). O desenvolvimento da religiosidade dos

pacientes que vivem com HIV/aids ajuda a lidar com os efeitos colaterais produzidos pela administração da TARV, além de promover melhor adaptação e adesão ao tratamento (KREMER; IRONSON; PORR, 2009).

Nessa perspectiva, os problemas da pesquisa giram em torno do desequilíbrio emocional advindo da aids e seu tratamento. Essa situação levanta a seguinte indagação: a religiosidade tem repercussão positiva na adesão na terapia antirretroviral e na qualidade de vida da pessoa que vive com HIV/aids?

Por isso, foi elaborada a seguinte questão de investigação: pessoas vivendo com HIV/aids que buscam ou professam religiosidade tem melhor adesão ao tratamento antirretroviral e possuem melhores níveis de qualidade de vida?

Ao final deste trabalho pretende-se apontar a contribuição da religiosidade na adesão ao tratamento dos portadores do HIV/aids e conseqüente na QV.

Deste modo para responder a esse questionamento foram elaborados os seguintes objetivos da pesquisa:

## **2 OBJETIVOS**

---

### **2.1 Geral**

- Avaliar a relação da religiosidade na efetividade da adesão à terapia antirretroviral e na melhoria da qualidade de vida das pessoas em uso da terapia antirretroviral.

### **2.2 Específicos**

- Descrever as características sociodemográficas e clínicas de pessoas em uso de terapia antirretroviral;
- Identificar as dimensões de religiosidade, a adesão e a qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral;
- Analisar a relação das dimensões de religiosidade (DUKE) e adesão (CEAT-HIV);
- Analisar a relação das dimensões de religiosidade (DUKE) e a QV (WHOQOL-HIV);
- Analisar a relação dos domínios da QV (WHOQOL-HIV) e adesão (CEAT-HIV).

### 3 MATERIAL E MÉTODO

---

#### 3.1 Desenho e tipo de estudo

Foi realizado um estudo de corte transversal, exploratório, com abordagem quantitativa. Optou-se por este desenho pela condição de oferecer uma descrição detalhada e instantânea dos agravos de saúde de populações definidas. A utilização da pesquisa exploratória é realizada com um problema ou questão de pesquisa, que muitas vezes são poucos ou ainda não estudados, tendo como objetivo a busca de padrões, idéias ou hipóteses. (GIL, 1999; COLLIS; HUSSEY, 2005). O corte transversal objetiva o estudo de sujeitos em um ponto no tempo, com a obtenção de um recorte instantâneo que se faz examinando-se na casuística ou amostra, a presença ou ausência da exposição e a presença ou ausência da doença (BASTOS; DUQUIA, 2007).

Deste modo, o presente estudo ocorreu no ano de 2012, explorando-se as variáveis pessoais e clínicas e índices ou escores relacionados à qualidade de vida, à adesão e à religiosidade de pessoas com HIV em uso de antirretrovirais.

#### 3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), o qual atende pacientes adultos que vivem com HIV/aids. O ambulatório de infectologia compreende uma série de projetos, por se tratar de uma instituição de ensino e pesquisa. Neste ambulatório, o grupo de pesquisa (NEAIDS), juntamente com a equipe de enfermagem da instituição desenvolve ações de atenção básica, acompanhamento e seguimento de TARV, que indicam melhora na qualidade de vida, redução de ansiedade e depressão, amplia a rede social de apoio e melhora a adesão ao acompanhamento em saúde (CUNHA, 2006; CUNHA; GALVÃO, 2010; CARVALHO, 2010).

O SAE do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), atende pacientes infectados pelo HIV/aids em acompanhamento ambulatorio e oferece consulta médica, exames laboratoriais, radiológicos e outros necessários ao acompanhamento em saúde, referência para outras especialidades médicas e internações. Também conta com um serviço

de assistência farmacêutica, com a distribuição de antirretrovirais e outros medicamentos necessários.

### **3.3 População alvo**

A população envolveu pacientes adultos maiores de 18 anos, infectados pelo HIV, de ambos os sexos, em acompanhamento no SAE do HUWC e, que estejam em uso de terapia antirretroviral (TARV).

No ambulatório, *locus* do estudo, 478 pacientes foram atendidos até o mês de dezembro de 2011, dos quais 358 (74,9%) encontravam-se em uso da TARV e, em acompanhamento pelo serviço, 120 (25,1%) estavam em acompanhamento pelo serviço privado. Estas informações foram fornecidas pelo serviço de epidemiologia do HUWC através dos sistemas de Controle e Logística de Medicamentos – (SICLOM) e o de Controle de Exames Laboratoriais – CD4 e Carga Viral – (SISCEL).

### **3.4 Amostra**

O dimensionamento da amostra foi realizado para estimar a proporção de pacientes de ambos os sexos, maiores de 18 anos em uso da TARV atendidos no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) e que utilizam o Serviço (SAE), apresentando condições clínicas e emocionais. Foram excluídos os pacientes em uso de TARV em acompanhamento em serviço privado e os que utilizaram o Serviço (SAE) apenas para o recebimento dos medicamentos que compõe a TARV. Esse fato ocorre em função de que tais clientes não possuem qualquer tipo de atendimento sistemático ou registro no prontuário do serviço. Também foram excluídos gestantes e os pacientes que no momento do recrutamento se recusaram a participar do estudo.

Para o cálculo do  $n$ , optou-se pela técnica de amostragem aleatória simples sem reposição. Assumiu-se que a prevalência de pacientes em uso de TARV na população como desconhecida ( $p=0,50$ ), adotou-se o nível de confiança de 95% ( $\alpha = 0,05$ ) e um erro amostral de 1% ( $d = 0,01$ ) diferença entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional. O total de elementos da população foi obtido com base no número total de pacientes atendidos no ambulatório em dezembro de 2011 ( $N = 478$ ) (SICLON; SISCEL, 2011).

Estimou-se uma amostra de 215 pacientes, ao valor encontrado acrescentou-se 20% para eventuais perdas ( $n \approx 45$ ), ao considerarmos os critérios de inclusão definidos anteriormente. Para o cálculo da amostra utilizamos o software STATA v.8. Entretanto, não ocorreram perdas, foram abordados 220 pacientes do serviço e, cinco se recusaram a participar do estudo.

O tamanho da amostra foi obtido a partir da seguinte expressão:

$$n = \frac{z_{1-\alpha/2}^2 * P * (1 - P) * N}{d^2 * (N - 1) + z_{1-\alpha/2}^2 * P * (1 - P)} \quad \text{onde,}$$

N	Total de pacientes sob acompanhamento no ambulatório em dez/2011 (N= 478).
P	Prevalência de pacientes em uso de TARV (P = 0,50)
n	Tamanho da amostra encontrado (n = 213 $\approx$ 215).
$z_{1-\alpha/2}^2 = 1,96$	Percentil da distribuição gaussiana que corresponde ao nível de confiança $1-\alpha$ , para hipótese bilateral.
d	Erro amostral (d = 0,05) é a diferença entre a proporção encontrada na amostra e a verdadeira proporção populacional.

### 3.5 Coleta de dados

A coleta dos dados foi realizada pela pesquisadora e uma equipe de pesquisadores treinados para a aplicação do instrumento. O treinamento ocorreu em um período de quatro horas, onde foram explicitados os objetivos do estudo e apresentados os instrumentos, a forma de aplicação bem como esclarecidas às dúvidas que surgiram. Foi aplicado um estudo piloto com 20 pacientes, onde foram realizados os ajustes necessários nos instrumentos e estimado o tempo de aplicação. Vale ressaltar que os dados do piloto não fizeram parte da amostra.

A coleta dos dados foi realizada num período consecutivo de quatro meses, de março a junho de 2012. No SAE o intervalo preconizado foi de quatro meses para ser realizado acompanhamento quatro vezes ao ano. A amostra foi cumprida em sua totalidade (215 pesquisados).

Os pacientes foram convidados a participação da entrevista individual pelos pesquisadores no comparecimento a consulta de sequência ambulatorial antes de ser atendido pelo médico, onde eram encaminhados ao consultório individual e explicado-lhes os objetivos

do estudo e sensibilização sobre a importância da mesma bem como a assinatura do TCLE (APÊNDICE A). Durante as entrevistas, buscou-se manter o ambiente privativo sem as interferências na coleta das respostas. A duração média de cada entrevista foi de aproximadamente 20 minutos.

Os participantes foram convidados a participar do estudo durante o comparecimento à consulta ambulatorial de rotina, enquanto esperavam o atendimento médico.

### 3.6 Instrumento de coleta de dados

Foram utilizados para coleta de dados os instrumentos específicos, a saber:

- Formulário Sociodemográfico e Clínico: Este instrumento busca captar variáveis relacionadas à identificação pessoal, condição econômica e social, educacional, dados clínicos e epidemiológicos sobre a doença, exames laboratoriais e outras variáveis relevantes para análise e comparação dos dados (APÊNDICE B).

- Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-HIV): Para avaliar a adesão ao tratamento foi utilizado a versão brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-HIV) (REMOR, 2002, 2006). É um instrumento aplicável a pacientes adultos com infecção pelo HIV e possui 20 itens com a função de identificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. Constitui um mecanismo simples, rápido e com facilidades de aplicação e resposta do paciente. Tem caráter multidimensional, pois contempla os principais fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento. A pontuação da CEAT-VIH é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo possível é 17, enquanto o valor máximo possível é 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento. O grau de adesão, obedece as seguintes categorias: baixa/insuficiente (score bruto  $\leq 74$ ); boa/adequada (score bruto entre 75 e 79) e estrita (score bruto  $\geq 80$ ). No presente estudo, os graus de adesão foram classificados em dois grupos denominados de adequada e inadequada. Os resultados da adesão boa/adequada e estrita foram anexados (score bruto  $\geq 75$ ) e inadequada baixa/insuficiente (score bruto  $\leq 74$ ) permaneceu inalterada (ANEXO A).

- Questionário para avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-HIV Bref): Foi utilizado o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida, desenvolvido por pesquisadores vinculados a Organização Mundial de Saúde, denominado de WHOQOL-HIV Bref. A versão brasileira completa do instrumento possui 120 perguntas (Zimpel e Fleck, 2005), entretanto a

versão que avalia a qualidade de vida genérica de pessoas que vivem com HIV/aids, incluindo-se os aspectos da religiosidade/espiritualidade é composto por 31 itens ou perguntas que medem qualidade de vida e saúde geral, distribuídos em de seis domínios, a saber: 1. Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), 2. Psicológico (sentimentos positivos, pensamento, memória, aprendizado e concentração), 3. Nível de independência (mobilidade, atividades cotidianas, dependência de medicação e tratamento, capacidade para o trabalho), 4. Relações sociais (relacionamentos, suporte social, atividade sexual), 5. Meio ambiente (segurança física, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidades de acesso a novas informações e de lazer, ambiente físico e transporte) e 6. Espiritualidade/religiosidade/ crenças pessoais (crenças pessoais, religiosas e espirituais). As questões são individualmente pontuadas em uma escala tipo *likert* de cinco pontos, em que 1 (nada), 2 (muito pouco), 3 (mais ou menos), 4 (bastante) e 5 (extremamente). Variando, entre a indicação de percepções baixas e negativas a percepções altas e positivas (WHOQOL, 2003). O questionário deverá ser respondido pelo paciente, não devendo este está acompanhado de familiar, deve ser enfatizado ao paciente que suas respostas devem ser referentes às duas últimas semanas, devendo o entrevistador não influenciar na escolha das respostas, além de não discutir as questões ou o significado das mesmas, nem da escala de respostas. Em caso de dúvida o entrevistador deverá fazer uma releitura pausada, utilizando sinônimos. No caso em que o paciente não deseje responder alguma questão, por falta de entendimento ou se opuser a escolher uma alternativa, deve ser assinalado o código escolhido (por exemplo: não se aplica código X) (ANEXO B).

- Escala de índice de religiosidade da Universidade Duke (Duke Religious Index – Durel): A escala de Índice de Religiosidade foi desenvolvida em uma população americana, assim traduzida para o português utilizando a técnica de tradução e retradução (português-inglês), sendo validada para a população brasileira após aprovação final de seu autor (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008). O questionário possui cinco itens que concentram três dimensões de religiosidade que se relacionam aos desfechos em saúde, são elas: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI), onde as duas primeiras dimensões se relacionam aos indicadores de saúde física, mental e suporte social e a terceira com suporte social e desfechos em saúde. Na análise da pontuação obtida deve haver uma separação nas três dimensões, e os escores dessas três dimensões não devem ser somados em um escore total. O item 1 é o escore de Religiosidade Organizacional (RO; varia de 1 a 6); o item 2 é o escore de Religiosidade Não Organizacional (RNO; varia de 1 a 6). A soma dos itens 3 a 5 se refere à dimensão Religiosidade Intrínseca (RI; varia de 3 a

15) (MOREIRA-ALMEIDA *et al.*, 2008; KOENING; BÜSSING, 2010; TAUILY *et al.*, 2012) (ANEXO C).

### 3.7 Descrição das variáveis

As variáveis de interesse obtidas no estudo, foram categorizadas em sociodemográficas e clínicas relacionadas ao HIV/aids. As variáveis relativas à escala Duke Religious Index – Durel foram apresentadas em sua totalidade, ao questionário CEAT-HIV foi sintetizada no indicador desfecho do estudo em adesão adequada e inadequada, o WHOQOL-HIV Abreviado foi sintetizado e apresentado através dos respectivos domínios.

Para a caracterização sociodemográfica foram utilizadas as seguintes características:

- **Sexo:** foi utilizado o gênero masculino ou feminino;
- **Grupo etário** Esse item foi apresentado em intervalos de 10 em 10 anos variando entre  $\leq 29$  e  $\geq 60$ ;
- **Cor:** considerou-se a cor auto-informada: branca, parda, negra e amarela;
- **Orientação sexual:** os sujeitos pesquisados foram categorizados em: heterossexual, homossexual e bissexual;
- **Situação conjugal:** foram avaliadas as seguintes opções: solteiro, casado/vive junto/união consensual, viúvo, divorciado/separado;
- **Religião:** computou-se as seguintes alternativas: católica, evangélica, espírita, outra não professã;
- **Situação ocupacional:** nesse quesito do questionário, levou-se em conta as seguintes opções: empregado, desempregado, aposentado e afastado;
- **Escolaridade:** neste item, foram codificados os anos de estudo em: superior, fundamental, ensino médio e analfabeto;
- **Renda familiar/per capita:** foi considerada a renda familiar dividida pelo número de moradores do domicílio categorizada em Salários Mínimos (SM), valor da época R\$ 545,00. Então foram divididos em intervalos: Sem renda/< 1 SM, 1 a 2 SM, 2 SM;
- **Número de filhos:** foi computado o número de filhos do pesquisado, este item variou em: Sem filhos, 1 a 2 filhos,  $\geq 3$  filhos;

- **Número de pessoas no domicílio:** quanto ao número de pessoas que moram no domicílio, utilizou-se o intervalo: 1 pessoa, 2 a 3 pessoas,  $\geq 4$  pessoas;

As variáveis relacionadas aos aspectos clínicos empregados no estudo foram assim organizadas:

- **Tempo de diagnóstico de HIV:** esta variável foi categorizada em anos e dividida nos seguintes intervalos:  $< 1$  ano, 1 a 5 anos,  $> 5$  anos;
- **Uso de medicação psiquiátrica:** considerou-se para a utilização de medicação psiquiátrica as opções: sim ou não;
- **Tempo de uso de TARV:** foi computado em meses, disposto no seguinte intervalo:  $< 6$  meses, 6 a 12 meses,  $> 12$  meses;
- **Número de comprimidos tomados por dia:** neste item do questionário foram categorizados nos seguintes grupos:  $\leq 3$  comprimidos 4 a 6 comprimidos -  $\geq 7$  comprimidos;
- **Número de internações por complicações do HIV:** foram considerados internações durante o tempo do diagnóstico, dividido nas seguintes categorias: nenhuma vez, 1 a 2 vezes,  $> 3$  vezes;
- **Carga Viral:** as variações da Carga Viral foram distribuídas em:  $< 50$  (indetectável), 50 a 10.000 cópias RNA viral/ml sangue,  $> 10.000$  cópias RNA viral/ml sangue;
- **Contagem de células T CD4 (+):** o valor do CD4 sofreu a seguinte disposição:  $< 200$  cel/mm<sup>3</sup>, 200 a 500 cel/mm<sup>3</sup>,  $> 500$  cel/mm<sup>3</sup> de sangue.

Por fim, em função dos objetivos da pesquisa o desfecho definido foi a adesão a terapia antirretroviral (TARV). Portanto os dados estão classificados segundo o nível de adesão, agregados em adesão adequada ou inadequada conforme avaliação do questionário CEAT-VIH. Considerou-se que a adesão estrita valores de escore bruto  $\geq 80$ , ficou representada como adesão adequada, ou seja, valores  $\geq 75$  pontos (escore bruto).

### 3.8 Análise de dados

A entrada dos dados foi realizada através do Microsoft Access 2002 com dupla digitação. Após conferência e digitação dos instrumentos, foram realizadas exportação e checagem dos bancos utilizando software STATA v.11. Foi realizado o tratamento dos dados que consistiu na limpeza das informações digitadas incorretamente, geração de novas

variáveis, validação da consistência interna das informações obtidas pelas escalas e cálculo dos principais indicadores utilizados no estudo.

A análise dos dados consistiu na descrição dos totais das principais características do estudo (sociodemográficas, clínicas e distribuição dos itens das escalas adotadas) e estratificadas de acordo com os graus de adesão classificados em adequada e inadequada conforme orientação do questionário CEAT-VIH. Para tanto, foram utilizadas medidas descritivas (médias e desvio padrão, medianas) e distribuição de frequências uni e bi-variadas.

As análises bivariadas foram realizadas com o objetivo de descrever e verificar diferenças proporcionais entre os grupos com adesão adequada e inadequada e as características de interesse do estudo. Foram aplicados os Testes Qui quadrado de Pearson e o Exato de Fischer para comparação entre proporções, o Teste Qui-quadrado de Tendência Linear para avaliação de tendências proporcionais aumento ou redução entre as variáveis ordinais e o Teste de Mann-Whitney para avaliar diferenças entre os valores médios dos escores obtidos e a Correlação Linear de Spearman para verificar correlações entre os escores das escalas adotadas.

Para avaliação da consistência interna das respostas aos itens dos instrumentos Índice de Religiosidade Duke e o WHOQOL-HIV Bref foi utilizado o coeficiente Alfa de Cronbach e adotada a classificação sugerida por Steiner e Norman (2003) para avaliar a força da correlação entre as respostas: valores entre 0,70 e 0,90, boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância.

Para avaliar a magnitude do grau de adesão foi utilizada a prevalência como medida de ocorrência e a Razão de Prevalência (RP) como medida de associação. A RP e seus respectivos intervalos de confiança a 95% foram estimados em função do risco relativo (RR) através da utilização da regressão de Poisson robusta. Neste estudo, o uso da Odds Ratio (OR) como medida de associação é contraindicado em virtude da elevada prevalência de adesão inadequada (50,2%) tal medida se utilizada, superestimaria as medidas de associação (BARROS; HIRAKATA, 2003). Em todas as análises foi adotado o nível de significância estatística de 5% ( $p \leq 0,05$ ).

### **3.9 Aspectos éticos**

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HUWC- UFC, sob o protocolo nº 040.06.12 (ANEXO D). Todos os participantes foram informados quanto aos

objetivos do estudo, e ao aceitaram participar, assinaram a anuência no Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APÊNDICE A).

## 4 RESULTADOS

No presente estudo os resultados serão apresentados em uma sequência para facilitar o entendimento dos dados e de modo a esclarecer os objetivos propostos.

### 4.1 Caracterização da adesão de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral por sexo

Foi encontrada uma prevalência de adesão inadequada entre os homens de 43,7% e entre as mulheres de 63,4%. Ao se avaliar a magnitude da associação, tendo em vista os homens e a adesão adequada como categoria referente, pode-se verificar uma associação positiva entre os graus de adesão e o sexo com aumento das chances de ocorrência de adesão inadequada entre as mulheres de 1,45 vezes (IC 95%: 1,12 - 1,87) quando comparadas aos homens (Tabela 1). Ou seja, detectou-se um aumento do risco de adesão inadequada entre as mulheres de 45%.

**Tabela 1** Associação entre a adesão inadequada aos antirretrovirais de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral de acordo a avaliação da escala CEAT-HIV por sexo (n = 215). Fortaleza - CE, 2012

Sexo	Adesão Inadequada	
	Prevalência n (%)	RP (IC 95%)
<b>Homens</b>	63 (43,7)	1,00
<b>Mulheres</b>	45 (63,4)	<b>1,45 (1,12 - 1,87)</b>

**Fonte:** Dados da pesquisa.

A amostra do estudo foi constituída por 215 pessoas vivendo com HIV/aids, em uso da TRAV e classificados de acordo com os graus de adesão. Os graus de adesão foram obtidos a partir dos escores da escala CEAT-HIV e classificados em adesão boa/adequada e estrita (escore bruto  $\geq 75$ ) e inadequada baixa/insuficiente (escore bruto  $\leq 74$ ).

Entre os entrevistados, 107 (49,8%) foram classificados com grau de adesão adequada e 108 (50,2%) apresentaram níveis inadequados. O sexo masculino foi

predominante na amostra (67%) e apresentou os maiores graus de adesão adequada 81 (75,7%) quando comparados às mulheres 26 (24,3%). Foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre o sexo e os graus de adesão (valor de  $p = 0,009$ ) (Tabela 2).

## 4.2 Caracterização sociodemográfica referidos por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão

Na Tabela 2, apresentamos o perfil sociodemográfico da população do estudo e os diferenciais quanto aos graus de adesão. Observou-se predomínio do sexo masculino (67%), com média de idade em torno de 39,7 anos ( $dp = 10,6$ ); a idade mínima foi de 18 anos e a máxima de 78 anos. Na distribuição etária, a maior frequência localizou-se entre as faixas de 30 a 39 e 40 a 49 anos, com percentuais de 34,4% e 32,1%, respectivamente.

A cor autorreferida foi predominantemente à parda (55,8%), seguida da branca (33%). A religião católica correspondeu a 68,9%, os evangélicos, espíritas e outras religiões representaram 26,5%, enquanto os sem religião, 4,6%.

No que tange à orientação sexual dos entrevistados, houve um predomínio das categorias heterossexual (64,7%) e homossexual (26,5%), os solteiros com e sem parceiro fixo corresponderam a 55,4%, enquanto que os casados 36,8%, entre os casados e solteiros com parceiro, 39,5% moravam com os parceiros na época da entrevista.

Quanto à condição socioeconômica dos entrevistados, 61,4% apresentavam vínculo formal na época da entrevista e 27% desempregados. O rendimento mensal *per capita* foi de aproximadamente R\$ 717,5 ( $dp = R\$ 873,4$ ). A distribuição do rendimento revela que 57% das pessoas possuíam rendimentos inferiores a 1 salário mínimo, 26,5% recebem entre 1 a 2 salários mínimos, 16,2% possuem rendimentos superiores a 2 salários mínimos. Os níveis de escolaridade predominantes foram ensino médio (42,3%) e superior (36,3%) enquanto que, os indivíduos analfabetos e com ensino fundamental representaram 4,7% e 16,7% da amostra, respectivamente.

A média do número de filhos foi 1,4 ( $dp = 2$ ) e apresentou expressiva variação entre as famílias, pois o número máximo de filhos foi 12, 49,3% dos entrevistados não possuíam filhos, 32,1% têm entre 1 a 2 filhos e 18,6% tem 3 filhos ou mais. A média de pessoas residentes no domicílio foi cerca de 3 ( $dp=1,8$ ), sendo predominante o convívio com 4 pessoas e mais (41,4%).

As características sociodemográficas entre os grupos se distribuíram proporcionalmente e de modo semelhante ao perfil predominante. No entanto, entre os grupos, essas características não se mostraram proporcionalmente semelhantes quanto ao tipo da adesão (valores de  $p < 0,05$ ), exceto para o grupo etário, religião e a situação conjugal (valores de  $p > 0,05$ ) (Tabela 2).

Quanto ao sexo, à maior frequência da adesão inadequada foi atribuída ao sexo feminino (58,3%), a distribuição etária da não adesão foi semelhante ao perfil predominante, para aqueles (as) com idade entre 50 e 59 anos o percentual de não adesão (17,6%) foi quase três vezes superior aos que aderiram neste mesmo grupo etário (6,5%), observou-se redução dos níveis adesão inadequada entre aqueles com idade entre 40 a 49 anos.

A cor parece não ter contribuído para aumentar ou reduzir os níveis da adesão. Quanto à orientação sexual, a categoria que apresentou a maior frequência para a adesão inadequada foi a heterossexual (73,2%); ressalta-se que essa categoria foi predominante na amostra (64,7%). No universo feminino, essa categoria predominou (97,2%). A situação conjugal não interfere nos níveis da adesão, não foram identificadas diferenças proporcionais significantes entre os grupos.

A associação entre a adesão e a situação ocupacional, o rendimento *per capita* e a escolaridade revelou que estas características mostraram-se associadas à adesão, foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos. Entre os pacientes com situação ocupacional desempregado, classificados com grau de adesão inadequada, apresentaram frequência duas vezes superior aos desempregados com grau adesão adequada. Quanto à escolaridade, observou-se que as frequências para adesão inadequada foram mais frequentes entre aqueles com ensino médio (45,4%) e fundamental (25%), quando comparados com os indivíduos que apresentaram adesão adequada. O rendimento *per capita* tem uma relação direta com a adesão, quanto maior o rendimento *per capita* são as chances de uma melhor adesão.

O número de filhos e o número de indivíduos residentes no domicílio mostraram-se associados à adesão, foram verificadas diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos. Os indivíduos com adesão inadequada com três filhos ou mais, apresentaram frequências duas vezes superiores aqueles com adesão adequada. O número de pessoas também contribui com os graus de adesão, nos domicílios com quatro moradores e mais, a frequência da adesão inadequada foi superior.

**Tabela 2** Características sociodemográficas referidos por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão a terapia (n = 215). Fortaleza - CE, 2012

Características Sociodemográficas	Total n (%)	Adesão		valor de p
		Adequada (n=107) n (%)	Inadequada (n=108) n (%)	
<b>Sexo</b>				
Masculino	144 (67,0)	81 (75,7)	63 (58,3)	<b>0,007<sup>a</sup></b>
Feminino	71 (33,0)	26 (24,3)	45 (41,7)	
<b>Grupo etário (em anos)*</b>				
≤ 29	39 (18,2)	18 (16,8)	21 (19,4)	<b>0,85<sup>c</sup></b>
30-39	74 (34,4)	37 (34,6)	37 (34,3)	
40-49	69 (32,1)	41 (38,3)	28 (26,0)	
50-59	26 (12,1)	7 (6,5)	19 (17,6)	
≥ 60	7 (3,3)	4 (3,7)	3 (2,8)	
<b>Cor</b>				
Branca	71 (33,0)	38 (35,5)	33 (30,6)	<b>0,592<sup>a</sup></b>
Preta	24 (11,2)	10 (9,4)	14 (13,0)	
Parda	120 (55,8)	59 (55,2)	61 (56,5)	
<b>Orientação Sexual</b>				
Heterossexual	139 (64,7)	60 (56,1)	79 (73,2)	<b>0,011<sup>a</sup></b>
Homossexual	57 (26,5)	38 (35,5)	19 (17,6)	
Bissexual	19 (8,9)	9 (8,4)	10 (9,6)	
<b>Situação conjugal</b>				
Solteiro (divorciado, separado, viúvo)	119 (55,4)	61 (57,0)	58 (53,7)	<b>0,842<sup>a</sup></b>
Casado/Unido	78 (36,3)	38 (35,5)	40 (37,0)	
Outro	18 (8,4)	8 (7,5)	10 (9,3)	
<b>Religião</b>				
Católica	148 (68,9)	73 (68,2)	75 (69,5)	<b>0,002<sup>b</sup></b>
Não professa	10 (4,6)	10 (9,4)	0 (0,0)	
Outra	57 (26,5)	24 (22,4)	33 (30,5)	
<b>Situação ocupacional</b>				
Com Vínculo Empregatício	132 (61,4)	77 (72,0)	55 (50,9)	<b>0,001<sup>a</sup></b>
Sem Vínculo Empregatício	58 (27,0)	17 (15,9)	41 (38,0)	
Outro	25 (11,6)	13 (12,1)	12 (11,1)	
<b>Escolaridade**</b>				
Analfabeto	10 (4,7)	7 (6,5)	3 (2,8)	<b>0,03<sup>b</sup></b>
Fundamental	36 (16,7)	9 (8,4)	27 (25,0)	
Ensino Médio	91 (42,3)	42 (39,3)	49 (45,4)	
Superior	78 (36,3)	49 (45,8)	29 (26,9)	
<b>Renda per capita (em salários mínimos)***</b>				
< 1 SM	123 (57,2)	49 (45,8)	74 (68,5)	<b>0,001<sup>a</sup></b>
1 - 2 SM	57 (26,5)	32 (29,9)	25 (23,2)	
> 2 SM	35 (16,2)	26 (24,3)	9 (8,3)	
<b>Número de Filhos****</b>				
Sem filhos	106 (49,3)	59 (55,1)	47 (43,5)	<b>0,020<sup>a</sup></b>
1 - 2	69 (32,1)	36 (33,7)	33 (30,5)	
≥ 3	40 (18,6)	12 (11,2)	28 (26,0)	
<b>Número de pessoas no domicílio</b>				
1	45 (21,0)	29 (27,1)	16 (14,8)	<b>0,018<sup>a</sup></b>
2 - 3	81 (37,7)	43 (40,2)	38 (35,2)	
≥ 4	89 (41,4)	35 (32,7)	54 (50,0)	

**Notas:**\*Média idade=39,51; dp=10,53; \*\*Anos de estudo: Média 11; dp=4,9 \*\*\*Renda família/per capita Salário Mínimo (SM) da época da pesquisa R\$ 545,00; \*\*\*\*Número médio de filhos=1,4; dp=2; <sup>a</sup>Teste Qui-quadrado de Pearson; <sup>b</sup>Teste Exato de Fischer; <sup>c</sup>Teste Qui-quadrado de tendência linear.

### **4.3 Caracterização clínica e epidemiológica referidas por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão**

As características clínicas e epidemiológicas da amostra do estudo e a relação com o grau de adesão estão dispostas na Tabela 3. Foi observado que o tempo de diagnóstico de HIV/aids, o intervalo predominante foi de 1 a 5 anos (57,7%), com média = 58,5 (DP = 43,0). Com relação ao uso de medicação psiquiátrica, a maioria 87,4% não fazia uso. No tempo de utilização da TARV, a maior frequência ficou na faixa superior a 12 meses.

Conforme observado, o número de comprimidos ingeridos ao dia, a média foi de 3,5 e DP = 1,4. Quanto ao número de internações por complicações do HIV, a maioria dos participantes do estudo não apresentou nenhuma internação (60,5%), com média = 0,8% (DP = 1,5).

Quando estratificada a variação dos marcadores biológicos, como a Carga Viral e CD4 (+), o resultado predominante da carga viral foi inferior a 50 cópias RNA viral/ml, com média = 6.300 e DP = 21.434,9, com referência as células T CD4(+) o intervalo de predominância foi de 200 a 500 células/mm<sup>3</sup>, com média = 663,8 e DP = 2.333,7.

As características clínicas entre os grupos de adesão, não se mostraram proporcionalmente semelhantes, pois os valores de p foram superiores a 0,05.

Quanto ao tempo de diagnóstico do HIV, os indivíduos com diagnóstico há menos de 1 ano apresentavam valores semelhantes em relação a adesão adequada da TARV, em que 10 (9,4%) com adesão adequada e 11 (10,2%) apresentavam adesão inadequada. O intervalo de tempo, variou entre 3 e 252 meses.

A utilização de medicação psiquiátrica não tem influência nos níveis de adesão. Quanto ao tempo de uso da TARV, o intervalo que apresentou a maior predominância foi superior a 12 meses (81,9%), com uma distribuição em adesão adequada e inadequada de 92 (86,0%) e 84 (77,8%) respectivamente, não apresentando diferenças proporcionais significantes entre os grupos.

Na associação da adesão e o número de internações por complicação do HIV, os valores de CV e CD4 revelaram que estes marcadores não determinaram diferenças proporcionais estatisticamente significantes entre os grupos. Entre os indivíduos com CV indetectável, a frequência apresentou-se quase a mesma, onde 63 (58,9%) tinham adesão adequada, enquanto que 57 (52,8%) inadequada. Quanto ao CD4(+), observou-se frequência inferior a 200 células/mm<sup>3</sup>, o que marca a falta de competência imunológica, teve distribuição também parecida entre os níveis de adesão em que dos 22 representantes, 10 (9,3%) tem

adesão adequada e 12 (11,1%) inadequada, demonstrando que o grau de adesão não interferiu nos valores CD4(+).

**Tabela 3** Características clínicas referidas por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012

Características Clínicas	Total n (%)	Adesão		valor de p
		Adequada n (%)	Inadequada n (%)	
<b>Tempo de diagnóstico (anos)*</b>				
< 1	21 (9,8)	10 (9,4)	11 (10,2)	0,471
1 – 5	124 (57,7)	58 (54,2)	66 (61,1)	
> 5	70 (32,6)	39 (36,5)	31 (28,7)	
<b>Uso de medicação psiquiátrica</b>				
Sim	27 (12,6)	10 (9,4)	17 (15,7)	0,217
Não	188 (87,4)	97 (90,7)	91 (84,3)	
<b>Tempo de uso da TARV (meses)</b>				
< 6	21 (9,8)	8 (7,5)	13 (12,0)	0,321
6 - 12	18 (8,4)	7 (6,5)	11 (10,2)	
> 12	176 (81,9)	92 (86,0)	84 (77,8)	
<b>Número de comprimidos ingeridos ao dia**</b>				
≤ 3	144 (67,0)	75 (70,1)	69 (63,9)	0,513
4 – 6	64 (29,8)	28 (26,7)	36 (33,3)	
≥ 7	7 (3,3)	4 (3,7)	3 (2,8)	
<b>Nº de internações por complicações do HIV***</b>				
Nenhuma	130 (60,5)	69 (64,5)	61 (56,5)	0,271
1 – 2	67 (31,2)	32 (29,9)	35 (32,4)	
> 3	18 (8,4)	6 (5,6)	12 (11,1)	
<b>Carga Viral RNA viral/ml****</b>				
< 50 indetectável	120 (55,8)	63 (58,9)	57 (52,8)	0,072
50 - 10.000	45 (21,0)	26 (24,3)	19 (17,6)	
> 10.000	50 (23,3)	18 (16,8)	32 (29,6)	
<b>CD4 células/mm<sup>3</sup>*****</b>				
< 200	22 (10,2)	10 (9,3)	12 (11,1)	0,293
200 – 500	98 (45,6)	44 (41,1)	54 (50,0)	
> 500	95 (44,2)	53 (49,5)	42 (38,9)	

**Notas:** \* Tempo de diagnóstico Média=58,5; DP=43,0; \*\*Número de comprimidos ingeridos ao dia, Média=3,5; DP=1,4; \*\*\* Número de internações por complicações do HIV, Média=0,8; DP=1,5; \*\*\*\* Carga Viral RNA viral/ml, Média=6.300,0; DP=21.434,9; \*\*\*\*\* CD4 células/mm<sup>3</sup>, Média=663,8; DP=2.333,7

#### **4.4 Caracterização da religiosidade referidas por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão**

A relação entre os itens de Religiosidade da escala Duke (DUREL) e o grau de adesão dos participantes está apresentada na Tabela 4. As respostas aos itens da escala apresentaram boa consistência interna de Cronbach com a retirada dos itens do domínio e o índice global da amostra (Alfa de Cronbach  $> 0,70$ ).

A análise global da distribuição de frequências e das medidas descritivas dos itens da escala Duke (Durel) nas Tabelas 4 e 5, revela o padrão de respostas dos entrevistados quanto aos domínios. No domínio RO (frequência com que vai a encontros religiosos, missas, cultos, cerimônias, etc...) observou-se percentuais semelhantes e mais frequentes para os itens uma vez por semana (2) e algumas vezes por semana (4), este resultado se confirma através do RO médio=3,1 (dp=1,3), sendo que 13,4% referiu frequência a encontros religiosos mais que uma vez por semana (1) e 9,3% que nunca frequentaram (6). No domínio RNO (frequência atividades religiosas individuais preces, rezas, meditações, etc.), 51,1% dos entrevistados referiram que diariamente e 13% referiu raramente ou nunca, o RNO médio foi 2,9 (dp=1,5) e o valor mediano=2 confirmando assim o escore mais frequente. No domínio RI (religiosidade intrínseca) os entrevistados responderam mais frequentemente ser totalmente verdade (1) e em geral é verdade (2) aos itens 3, 4 e 5.

Quanto aos diferenciais entre os grupos, não foram verificadas tendências de aumento ou redução proporcional no padrão de respostas aos itens da escala e o graus de adesão ( $p > 0,05$ ). Os percentuais das respostas entre os grupos adesão adequada e inadequada e os domínios da escala religiosidade apresentaram padrão semelhante ao perfil predominante não mostrando diferenciais significativos entre os grupos.

A análise da correlação de Spearman foi efetuada entre os domínios dos escores de Religiosidade-Duke (Durel) e o grau de adesão. Foi encontrada correlação negativa e estatisticamente significativa para o domínio religiosidade não organizacional (RNO) e o escore de adesão (CEAT-HIV), pode-se inferir que à medida que aumenta o RNO (redução do tempo para atividades religiosas privadas (preces, orações e meditações) implica em redução nos escores de adesão (tabela 5). Os valores da correlação de Spearman para os domínios RI e RO e a adesão não apresentaram correlações significativas, indicando não haver correlação entre os domínios religiosidade organizacional (RO) e intrínseca e a adesão (RI) (Tabela 5).

**Tabela 4** Características da religiosidade referidas por pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012

Religiosidade – Duke	Total n (%)	Adesão		valor de p
		Adequada (n=107) n (%)	Inadequada (n=108) n (%)	
<b>Com que frequência você vai a igreja, templo ou outro encontro religioso – RO</b>				
Mais do que uma vez por semana	29 (13,4)	13 (12,1)	16 (13,4)	0,30
Uma vez por semana	53 (24,6)	23 (21,5)	30 (27,7)	
Duas a três vezes por semana	45 (20,9)	26 (24,3)	19 (17,5)	
Algumas vezes por semana	55 (25,5)	26 (24,3)	29 (26,8)	
Um vez por ano ou menos	13 (6,0)	8 (10,2)	5 (4,6)	
Nunca	20 (9,3)	11 (10,3)	9 (8,3)	
<b>Alfa de Cronbach<sup>a</sup> = 0,74</b>				
<b>Com que frequência dedica o tempo à atividade religiosas individuais, como preces – RNO</b>				
Mais do que uma vez por semana	19 (8,8)	13 (12,1)	6 (5,5)	0,85
Diariamente	110(51,1)	50 (46,7)	60 (55,5)	
Duas ou mais vezes por semana	30 (13,9)	16 (14,9)	14 (12,9)	
Uma vez por semana	10 (4,6)	4 (3,7)	6 (5,5)	
Poucas vezes por mês	18 (8,3)	8 (7,4)	10 (9,36)	
Raramente ou nunca	28(13,0)	16 (14,9)	12 (11,1)	
<b>Alfa de Cronbach<sup>a</sup> = 0,76</b>				
<b>Em minha vida sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo)</b>				
Totalmente verdade	130(60,4)	70 (65,4)	60 (55,5)	0,18
Em geral é verdade	52 (24,1)	22 (20,5)	30 (27,7)	
Não estou certo	27 (12,5)	12 (11,2)	15 (13,8)	
Em geral não é verdade	3 (1,4)	2 (1,8)	1 (0,9)	
Não é verdade	3 (1,4)	1 (0,9)	2 (1,8)	
<b>As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver</b>				
Totalmente verdade	88 (40,9)	47 (43,9)	41 (37,9)	0,98
Em geral é verdade	50 (23,2)	20 (18,6)	30 (23,2)	
Não estou certo	52 (24,1)	25 (23,3)	27 (25,0)	
Em geral não é verdade	10 (4,6)	4 (3,7)	6 (5,5)	
Não é verdade	15 (6,9)	11 (10,2)	4 (3,7)	
<b>Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida</b>				
Totalmente verdade	70 (32,5)	33 (30,8)	37 (34,2)	0,39
Em geral é verdade	57 (26,5)	29 (27,1)	28 (25,9)	
Não estou certo	47 (21,8)	21 (19,6)	26 (24,0)	
Em geral não é verdade	12 (5,5)	5 (4,6)	7 (6,4)	
Não é verdade	29 (13,4)	19 (17,7)	10 (9,2)	
<b>Alfa de Cronbach<sup>a</sup> = 0,70</b>				

**Nota:** <sup>a</sup>Alfa de Cronbach com a retirada dos itens do domínio; <sup>b</sup>Alfa de Cronbach global = 0,78; <sup>c</sup>Teste Qui-quadrado de tendência linear.

**Tabela 5** Medidas descritivas e correlações das subescalas Duke (DUREL) com os valores obtidos da pontuação CEAT-HIV de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de TARV em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012

Domínios da Escala de Religiosidade - Duke (Durel)	ADESAO (CEAT-HIV)	
	Adequada	Inadequada
<b>DUREL-RO</b>		
Média (dp)	3,24 (dp=1,46)	3,04 (dp=1,45 )
Correlação <sup>a</sup> (r; p valor)	(r= -0,0036; p = 0,9578)	
Média (dp) = 3,1 (dp=1,4)		
Mediana = 3		
(Mín; Máx) = (1;6)		
<b>DUREL-RNO</b>		
Média (dp)	2,92 (dp=1,63)	2,91 (dp=1,49)
Correlação <sup>a</sup> (r; p valor)	(r= <b>-0,1821</b> ; p = <b>0,0074</b> )	
Média (dp) = 2,9 (dp=1,5)		
Mediana = 2		
(Mín; Máx) = (1;6)		
<b>DUREL-RI</b>		
Média (dp)	6,21 (dp=3,05)	6,06 (dp=2,64)
Correlação <sup>a</sup> (r; p valor)	(r= -0,1097; p = 0,1088)	
Média (dp) = 6,1 (dp=2,8)		
Mediana = 6		
(Mín; Máx) = (3; 15)		

**Notas:** <sup>a</sup>Correlação de Spearman.

Na Tabela 6, apresentamos os resultados da correlação de Spearman efetuada entre as dimensões dos escores de Religiosidade-Duke (Durel) e os domínios do WHOQOL - HIV brief. A avaliação da relação entre a dimensão da religiosidade organizacional (RO) e os domínios do WHOQOL-HIV brief aponta correlações positivas e estatisticamente significantes para os domínios físico e relações sociais, este resultado indica uma relação entre dor física e aumento da frequência a encontros religiosos, assim como há uma possível relação estatisticamente significativa em nível *borderline* entre o suporte social e frequência a encontros religiosos.

A avaliação da relação entre a dimensão da RNO (frequência de atividades religiosas privadas) e os domínios do WHOQOL - HIV Bref aponta correlação positiva e estatisticamente significativa para o domínio espiritual. Quanto à dimensão da RI (religiosidade intrínseca), verificou-se correlação negativa e estatisticamente significativa para os domínios psicológico e espiritual, ou seja, com o aumento dos escores da religiosidade intrínseca (redução do tempo para atividades religiosas privadas preces, orações e meditações) há uma redução nos escores para os domínios psicológico e espiritual.

**Tabela 6.** Correlações das subescalas Duke (DUREL) com os valores obtidos dos domínios do WHOQOL-HIV Bref de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de TARV (n=215). Fortaleza - CE, 2012

Domínios do WHOQOL-HIV Bref.	Domínios da Escala de Religiosidade - Duke (Durel)		
	DUREL – RO	DUREL – RNO	DUREL - RI
	Correlação <sup>a</sup> (r; p valor)	Correlação <sup>a</sup> (r; p valor)	Correlação <sup>a</sup> (r; p valor)
Físico	(r= 0,1474; p = 0,0307)	(r= 0,0253; p = 0,7119)	(r= 0,0109; p = 0,8732)
Psicológico	(r=-0,0897; p = 0,1901)	(r=-0,0659; p = 0,3362)	(r=-0,1418; p = 0,0378)
Nível de Independência	(r= 0,0720; p = 0,2933)	(r= -0,0002; p = 0,9982)	(r= 0,0879; p = 0,1992)
Relações sociais	(r= 0,1324; p = 0,0525)	(r= -0,0043; p = 0,9497)	(r= 0,0661; p = 0,3346)
Meio ambiente	(r= 0,0246; p = 0,7194)	(r= 0,0285; p = 0,6782)	(r= 0,0612; p = 0,3717)
Espiritual	(r=-0,1118; p = 0,1020)	(r=-0,1994; p = 0,0033)	(r=-0,2112; p = 0,0018)

Nota: <sup>a</sup>Correlação Linear de Spearman.

#### 4.5 Qualidade de Vida de pessoas vivendo com HIV/aids e avaliação da adesão a terapia antirretroviral

Na Tabela 7, apresenta-se as medidas descritivas da avaliação da Qualidade de Vida dos entrevistados mediante aplicação da escala WHOQOL-HIV Bref, que mensuram a qualidade de vida e a saúde geral por meio de seis domínios. Observou-se para todos os domínios que o Alfa de Cronbach demonstrou uma boa consistência interna, com variações entre 0,84 e 0,87 (Tabela 7). Na Tabela 8, estão contidos os escores médios referentes aos seis domínios da WHOQOL-HIV Bref em relação à adesão a TARV. Foram verificadas através do Teste de Mann-Whitney diferenças estatisticamente significante entre os valores médios dos escores nos domínios e a adesão (valor de  $p < 0,05$ ) (Tabela 8).

No domínio 1 **Físico** (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), identificou-se nos indivíduos de adesão adequada uma média de 15,4 com DP=3,4, enquanto os com adesão inadequada apontaram uma média de 13,6 e DP=2,8.

Em relação ao Domínio 2, **Psicológico** (sentimentos positivos, cognição - pensamento, memória, aprendizado e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos), observou-se que a média do grupo de adesão adequada foi 15,8 e um DP=2,5, e no grupo de adesão inadequada a média ficou em 14,4 e DP=2,6.

Foi identificado no domínio 3, **Nível de independência** (mobilidade, atividades cotidianas, dependência de medicação e tratamento, capacidade para o trabalho), média de 14,1 com DP=2,9 nos indivíduos de adesão adequada e 13,3 com DP=2,5 para os de adesão inadequada.

Quando observamos o a avaliação do domínio 4. **Relações sociais** (relacionamentos, suporte social, atividade sexual, inclusão social), foram observadas uma média de 16,1 com DP=2,5 nos que demonstram adesão adequada e 14,5 e 2,5 de média e DP respectivamente nos de adesão inadequada.

Os valores encontrados para o domínio 5. **Meio ambiente** (segurança física, moradia, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidades de acesso a novas informações e de lazer, ambiente físico e transporte) foram 14,5 de média e 2,2 DP nos de adesão adequada enquanto que os de adesão inadequada nesse domínio apresentaram média de 13,9 com DP=2,7.

O Domínio 6. **Espiritualidade/ religiosidade/crenças pessoais** (crenças pessoais, religiosas e espirituais, perdão e culpa, preocupações sobre o futuro, morte e morrer) mostrou

para os indivíduos de adesão adequada média de 14,8 e DP=4,0, e nos de adesão inadequada a média foi de 13,4 com DP= 3,5.

As medidas dos domínios de qualidade de vida e o grau de adesão à terapia apresentaram diferenças entre os domínios da qualidade de vida. Nos domínios físico, psicológico e espiritual as médias foram superiores no grupo de adesão adequada, provavelmente, as condições físicas, sentimentos e espiritualidade contribuem para aderência ao tratamento. Porém nos domínios que avaliam a independência e as relações sociais atendem exatamente na média no grupo de adesão adequada.

**Tabela 7** Medidas descritivas e avaliação da consistência interna da escala WHOQOL-HIV Bref de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de TARV em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012

<b>Domínios</b>	<b>Média (dp)</b>	<b>Mediana</b>	<b>Mín</b>	<b>Máx</b>	<b>Alfa de Cronbach<sup>a</sup></b>	<b>Nº de itens</b>
<b>Físico</b>	14,5 (dp=3,2)	15,0	6,0	20,0	0,86	27
<b>Psicológico</b>	15,1 (dp=2,7)	15,2	6,4	19,2	0,84	27
<b>Nível de Independência</b>	13,7 (dp=2,8)	14,0	5,0	20,0	0,86	27
<b>Relações sociais</b>	15,3 (dp=2,7)	16,0	7,0	20,0	0,86	29
<b>Meio ambiente</b>	14,2 (dp=2,1)	14,5	6,0	18,5	0,86	23
<b>Espiritual</b>	14,1 (dp=3,8)	14,0	7,0	20,0	0,87	27

**Notas:** <sup>a</sup>Alfa de Cronbach com a retirada dos itens do domínio. **Alfa de Cronbach global = 0,88.**

**Tabela 8** Distribuição dos escores médios dos domínios da escala WHOQOL HIV Bref de pessoas vivendo com HIV/aids em uso de terapia antirretroviral em relação a adesão a terapia antirretroviral (n=215). Fortaleza - CE, 2012

<b>Domínios</b>	<b>Média (dp)<sup>a</sup></b>	<b>Mediana</b>	<b>Mínimo</b>	<b>Máximo</b>	<b>valor de p<sup>b</sup></b>
<b>Físico</b>					
Adequada	15,4 (dp=3,4)	16,0	6,0	20,0	<b>0,0000</b>
Inadequada	13,6 (dp=2,8)	14,0	7,0	19,0	
<b>Psicológico</b>					
Adequada	15,8 (dp=2,5)	16,0	6,4	19,2	<b>0,0000</b>
Inadequada	14,4 (dp=2,6)	15,2	7,2	18,0	
<b>Nível de Independência</b>					
Adequada	14,1 (dp=2,9)	14,0	5,0	20,0	<b>0,0277</b>
Inadequada	13,3 (dp=2,5)	13,5	6,0	19,0	
<b>Relações sociais</b>					
Adequada	16,1 (dp=2,5)	16,0	7,0	20,0	<b>0,0000</b>
Inadequada	14,5 (dp=2,7)	15,0	9,0	19,0	
<b>Meio ambiente</b>					
Adequada	14,5 (dp=2,2)	14,5	9,0	18,5	<b>0,0190</b>
Inadequada	13,9 (dp=2,1)	14,0	6,0	18,5	
<b>Espiritual</b>					
Adequada	14,8 (dp=4,0)	15,0	7,0	20,0	<b>0,0077</b>
Inadequada	13,4 (dp=3,5)	13,0	7,0	20,0	

Notas: <sup>a</sup>DP=desvio-padrão; <sup>b</sup>Teste de Mann-Whitney.

## 4 DISCUSSÃO

---

A caracterização sociodemográfica da amostra é semelhante às observadas para as pessoas vivendo com HIV/aids no Brasil e alguns outros países, pois obtivemos uma maioria do sexo masculino, com situação ocupacional empregados, tendo renda familiar baixa e em uso de TARV (SEIDL *et al.*, 2007; REGO *et al.*, 2011; FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012; MEDEIROS; SALDANHA, 2012; FONSECA *et al.*, 2012).

Estudos, apontam maior incidência dos casos de HIV/aids na idade reprodutiva, dos 15 aos 49 anos (CAMPOS; CEZAR; GUIMARÃES, 2009; MACIEL *et al.*, 2010; MARQUES *et al.*, 2010), o que apresenta preocupação com o estudo, que obteve média de idade de 39,7 anos. O acometimento pela doença nessa faixa etária pode produzir perdas significativas, tanto na área social quanto econômica. A diferença do papel social entre homens e mulheres promove influências negativas na qualidade de vida, principalmente das mulheres portadoras do vírus, como o aumento do número de casos em crianças pela transmissão vertical (GASPAR *et al.*, 2011). Segundo pesquisas realizadas no Brasil, aproximadamente 84% dos casos de aids em crianças até 13 anos são transmitidos pela mãe, durante a gravidez, parto ou aleitamento (BRASIL, 2010, 2011).

No presente estudo houve predominância de pessoas do gênero masculino (2:1) refletindo a tendência brasileira em que os homens são a maioria de infectados pelo HIV, porém é observada uma diminuição nessa diferença ao longo das 4 décadas da epidemia. Ainda foi observado que os homens contrariam resultados de índices de adesão, proporcionalmente melhores do que as mulheres, assim como foi identificado por outros estudos (HARRIS *et al.*, 2011; ILIAS; CARANDINA; MARIN, 2011) e contrariando outros estudos antigos em que o sexo masculino é associado com a adesão inadequada (CHESNEY; MORIN; SHERR, 2000; COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006; CARVALHO; MERCHÁN-HAMANN; MATSUSHITA, 2007).

Decorrente do fato de estudos indicarem que as mulheres tendem a ter menor adesão à terapia antirretroviral do que os homens, pesquisadores (CARMODY *et al.*, 2003; ORTEGO *et al.*, 2012) desenvolveram estudo de revisão sistemática procurando esclarecer o que difere entre homens e mulheres relacionados a adesão aos TARV. Dados indicaram que os homens que fazem sexo com homens apresentavam maiores taxas de adesão e menores taxas de adesão são encontradas entre homens usuários de bebida alcoólica. Entre as mulheres, as maiores taxas de adesão foram encontradas em estudos realizados na África,

Ásia e América do Sul, ainda quando a amostra incluiu mais viúvas e apresentaram menor contagem de células CD4(+). Sugerindo por sua vez que se deve melhorar as variáveis e as medidas de adesão nos estudos que envolvem os sexos (ORTEGO *et al.*, 2012).

Ao se observar a relação entre idade e adesão, nesse estudo a média de idade foi de 39,7 anos. Achado semelhante aos estudos de Ferreira, Oliveira e Paniago. (2012) e Ilias, Carandina e Marin (2011). Na presente pesquisa os dados indicam que nessa faixa etária os índices de adesão foram semelhantes para adesão inadequada e adequada. No país, estudo empregando diversos meios para observar a adesão indicam que a adesão em pessoas vivendo com HIV/aids com a média de idade de 30 anos eram mais propensos a uma aderência inadequada ao tratamento a TARV (FONSECA *et al.*, 2012). Entretanto, outros estudos registram que quanto maior a idade, maior a taxa de adesão ao tratamento (NACHEGA *et al.*, 2006; BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006; REZENDE *et al.*, 2010). Provavelmente, esse fato decorre de as pessoas com idade mais avançada tenha maior tempo de tratamento, e tenha compreendido de que o uso adequado dos medicamentos promove a melhora das condições clínicas.

Ao se avaliar a adesão e a cor autoinformada ocorreu uma predominância da adesão inadequada nos indivíduos de cor parda. Indivíduos negros foram à minoria. Provavelmente, a discrepância de cor quando comparados a outros estudos decorre de o Estado do Ceará possuir reduzida população nessa raça. Investigação desenvolvida no Estado de São Paulo contrapõe os achados do presente estudo, pois a raça negra apresentou 6,48 vezes mais risco de adesão inadequada do que as outras raças (COLOMBRINI; DELA COLETA; LOPES, 2008; ILIAS, CARANDINA; MARIN, 2011). Ademais, estudos apontam que o risco relativo de adesão inadequada da cor parda é superior em 1,7 em relação à raça branca (GONÇALVES *et al.*, 1999; PATERSON *et al.*, 2000).

Com relação à orientação sexual dos participantes da pesquisa, ocorreu predominância da categoria heterossexual (64,7%), o que está de encontro com a demonstração de um crescimento significativo da heterossexualização da epidemia. Tal resultado é semelhante ao observado na literatura (FERREIRA FILHO *et al.*, 2003; COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008; GASPAR *et al.*, 2011).

Quando avaliado a situação conjugal relacionada com a adesão, o presente estudo demonstrou que os solteiros apresentam maiores níveis de adesão, isso parece ser um fator de proteção no acompanhamento em saúde, pois a adesão adequada implica maiores chances de manter os níveis satisfatórios de saúde na vigência do HIV, o que tem importância para esses indivíduos que vivem sozinhos. Contrariamente, estudos mostram que a presença de parceiro

no processo do adoecimento repercute de forma positiva no tratamento, melhorando a adesão a TARV (MAR, 2004; JOS *et al.*, 2005; HARRIS *et al.*, 2011). Como informado, estudos apontam que pacientes casados apresentam maiores médias de adesão em relação aos separados/divorciados/viúvos, provavelmente por possuírem maior apoio social (FERREIRA, *et al.*, 2012).

Quanto à religiosidade, os dados encontrados, foram parecidos com os dados da população brasileira, que culturalmente tem experiências religiosas. Em relação à distribuição por tipo de religião, aconteceu consonância com pesquisas que demonstram a predominância do catolicismo e o crescimento das outras religiões (IBGE, 2011).

A religião tem associação com uma melhor condição em lidar com problemas desenvolvidos pelos sentimentos de desamparo e negação que é frequente nas pessoas que vivem com HIV/aids, sendo assim os indivíduos que expressão religiosidade, tem menos resultados inadequado na adesão a TARV (GASPAR *et al.*, 2011; MEDEIROS; SALDANHA, 2012). A religiosidade torna-se um importante fator de enfrentamento de doenças crônicas com a aids. O reconhecimento da religiosidade como instância de significação e ordenação da vida, nos momentos de sofrimento e instabilidades é importante na relação com a saúde. Afirma-se que a religião promove maiores níveis de satisfação na vida, provocando e promovendo melhor adesão (GASPAR *et al.*, 2011; MEDEIROS; SALDANHA, 2012). Contrariamente, no presente estudo, foi observado resultado discordante, uma vez que as pessoas que professavam religiosidade em sua maioria possuíam adesão a TARV inadequada. A divergência do resultado pode ser atribuída às diferenças no número amostral e ao fato de os estudos utilizarem somente mulheres

Com relação aos níveis de escolaridade, no estudo foi predominante o ensino médio com 42,3%, o que é evidenciado no país com o crescimento proporcional dos casos de aids na população que possui de 8 a 11 anos de estudo, que foi de 16% em 1999 para 29% em 2007 (BRASIL, 2010). Pesquisadores em sua maioria, afirmam que a escolaridade é um fator de risco relacionado ao tratamento das pessoas que vivem com HIV, isso foi observado no estudo com nível de significância observado em diferentes estudos, cujos indivíduos com menos anos de estudo, apresentam adesão inadequada (BRITO; SZWARCOWALD; CASTILHO, 2006; CARRIERI *et al.*, 2006; CARVALHO *et al.*, 2007; GASPAR *et al.*, 2011; HARRIS *et al.*, 2011; ILIAS, CARANDINA; MARIN, 2011).

A sociedade brasileira é composta de inúmeras diferenças regionais. O Estado do Ceará quando comparado aos demais estados da nação a conclusão de grau escolar menor, e a evasão escolar é notadamente acentuada. Segundo o censo do IBGE (2010), nas capitais

nordestinas, devido ao menor desenvolvimento socioeconômico em relação a outras regiões os percentuais dos que não sabem ler e escrever são maiores que no conjunto brasileiro. Deste modo, grande parcela da população vive em situação indicativa de vulnerabilidade social, em que os mesmos vivem em situações de extrema pobreza, com renda *per capita* inferior ou igual a um salário mínimo (CARRIERI *et al.*, 2006; ILIAS; CARANDINA; MARIN, 2011; MEDEIROS; SALDANHA, 2012).

Conforme os dados do Programa Nacional de DST/aids e Hepatite Virais, a escolaridade tem sido utilizada com indicador de situação socioeconômica (BRASIL, 2010). Considera-se que a renda familiar tenha impacto para mostrar situações de extrema pobreza, uma vez que essa condição traz dificuldades de acesso ao tratamento (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006; CAMPOS; CÉSAR; GUIMARÃES 2009; NETO *et al.*, 2009; DONATI, 2010). Associado a isso, ressalta-se que a política brasileira adotada para o tratamento da infecção pelo HIV é padronizada e gratuita. Deste modo, o acesso e a distribuição da TARV, são igualitários para todos os cidadãos, inclusive nas diferentes regiões e classes sociais. Entretanto, o acesso aos serviços é diferente nas regiões do País (COLOMBRINI; LOPES; FIGUEIREDO, 2006; CAMPOS; CÉSAR; GUIMARÃES, 2009; NETO *et al.*, 2009; DONATI, 2010).

Na avaliação da situação socioeconômica os indivíduos que apresentavam mais baixos níveis econômicos, onde mais da metade dos pesquisados (57%), vivem com rendimentos inferiores a um salário mínimo, tiveram adesão a TARV inadequada. Com relação à aids e pobreza, indivíduos pobres tem maior prevalência da doença, porém em alguns contextos essa prevalência aparece em populações de nível econômico maior (GUPTA *et al.*, 2008; BRUNELLO, 2010).

A presença de filhos foi observada como fator de risco para as pessoas com HIV. Segundo pesquisadores que estudam famílias com a presença de crianças, observaram que os cuidados com filhos podem causar problemas na própria rotina, devido às necessidades concorrentes da rotina dos filhos (HARRIS *et al.*, 2011; ILIAS; CARANDINA; MARIN, 2011). No presente estudo, as pessoas com três ou mais filhos eram duas vezes menos aderentes quando comparados aos que não tinham filhos, verificando diferenças estatisticamente significantes, ratificando o divulgado na literatura.

Quando observado o número de pessoas no domicílio, quanto maior o número de pessoas, menor a adesão. Tal resultado pode ser explicado, pela exposição de pesquisador que enfatiza que o comprometimento socioeconômico da família, associado à demanda de cuidados com pessoas do domicilio implica no reduzido cuidado com a própria saúde

(HARRIS *et al.*, 2011). No presente estudo o número de pessoas parece ter contribuição com o nível de adesão, nos domicílios com quatro moradores foi identificada maiores níveis de adesão inadequada.

As características clínicas das pessoas que vivem com HIV/aids e o tempo de diagnóstico, não apresentou diferenças significativas no estudo, com intervalo predominante entre 1 a 5 anos, porém quando observada a literatura, evidencia-se que os grupos com menos tempo de diagnóstico apresentam melhor adesão a TARV (FERREIRA, OLIVEIRA, PANIAGO, 2012).

O tempo do uso de TARV é importante determinante na adesão a TARV e apoio a continuidade ao tratamento (FONSECA *et al.*, 2011). Pacientes que iniciam tratamento da infecção tendem a alterar sua rotina diária, visto que são associadas visitas de acompanhamento médico, coletas de materiais para exames e principalmente, a utilização dos medicamentos (FERREIRA, OLIVEIRA, PANIAGO, 2012).

Com relação ao uso de medicação psiquiátrica ou dependência de tratamentos, não foi identificada importância em sua utilização quando observado o grau de adesão a TARV, onde em sua maioria a população não fazia uso.

Na associação da adesão com o número de comprimidos tomados ao dia, a utilização de esquemas terapêuticos simples e adequados, levando em conta o perfil biopsicossocial do indivíduo, assim como as suas rotinas tem grande significância para minimizar a adesão inadequada. Outro aspecto importante que tende a favorecer a adesão adequada é a simplificação e adequação do esquema escolhido, a rotina de cada um, sempre que possível (GIR; VAICHULONIS; OLIVEIRA, 2005; CARVALHO, MERCHÁN-HAMENN; MATSUSHITA, 2007).

O número total de comprimidos ingeridos pode aumentar a taxa de adesão inadequada em 12% a cada 10 comprimidos (COLOMBRINI; COLETA; LOPES, 2008). Na presente pesquisa não foram observados resultados significativos para esse item, a média de comprimidos ingeridos foi de 3,5 comprimidos/dia.

Sobre o número de internações decorrentes de complicação pela infecção da aids, em sua maioria os indivíduos, não tiveram episódios. Já aqueles com mais de três internações no último ano, foram justamente metade do total das pessoas pesquisadas que tinham adesão inadequada.

Resultados de exames específicos para o acompanhamento em saúde de pessoas com HIV/aids como a Carga Viral plasmática e a contagem de células CD4(+), são marcadores biológicos importantes, que servem como balizadores da resposta do vírus ao

tratamento antirretroviral. A fase que se denomina sintomática inicial se caracteriza pela alta redução dos linfócitos T CD4 (glóbulos brancos do sistema imunológico), podendo atingir níveis abaixo de 200 células por mm<sup>3</sup> de sangue. Isso pode permitir o aparecimento de doenças oportunistas e sintomas específicos (BRASIL, 2008a).

Esses marcadores devem ser utilizados periodicamente, e de acordo com a proposta brasileira de acompanhamento deve-se realizar de quatro a seis meses, dependendo dos resultados. No presente estudo, ficou evidente no intervalo de trinta dias antes ou após a coleta de dados. Quando avaliada a associação da adesão a Carga Viral e CD4, não foi observado significância estatística, porém ocorre tendência de melhores resultados desses marcados laboratoriais nos pacientes com adesão adequada. Apesar da amostra não ter apresentado associação entre a contagem dos marcadores, pesquisadores indicam que os resultados baixos de CD4 e elevados de Carga Viral, podem tornar-se mais propensos a doenças oportunistas, internações por complicações, utilização de tratamentos alternativos (MIRANDA *et al.*, 2009; FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012).

Neste estudo, utilizou-se o instrumento WHOQOL-HIV Bref, para avaliação da qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids. Aos resultados da qualidade de vida foi desenvolvido um estudo de associação aos resultados da adesão ao tratamento com a TARV. Deste modo, foi possível observar em relação à consistência interna do instrumento que o coeficiente alfa de Cronbach variou entre 0,84 a 0,87 em todos os domínios, com um resultado global de 0,88.

Com relação aos domínios da QV em que as diferenças entre os indivíduos com adesão adequada e inadequada, o teste de Mann-Whitney demonstrou diferença significantes entre os valores médios dos domínios (valor de  $p < 0,05$ ).

Quando avaliado o domínio **Físico**, em relação a adesão a TARV, o estudo apresentou prejuízo maior nos participantes com adesão inadequada, enquanto que os com adesão adequada tiveram escores mais altos. Segundo estudo realizado na cidade de São Paulo pelos pesquisadores Santos, França Junior e Lopes (2007), as pessoas que vivem com HIV/aids tem melhores resultados de QV nos domínios físico e psicológico, e piores resultados no domínio social quando relacionado a outros doentes. Ainda em relação a tal estudo, a boa QV no domínio físico pode ser relacionada a utilização da TARV, que minimiza os sintomas e provoca mudanças significativas no transcorrer da infecção pelo HIV/aids, com consequências positivas na perspectiva de vida e na QV dos mesmos (REIS, 2008; CAMPOS; CESAR; GUIMARÃES, 2009; REIS *et al.*, 2010; GEOCZE *et al.*, 2010).

No domínio **Psicológico**, deve-se levar em consideração os sentimentos negativos e positivos, cognição, pela capacidade de memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, com escores superiores em indivíduos com adesão adequada, ou seja, o uso da TARV tende a provocar consequências positivas na saúde psicológica, assim modificando a idéia da doença mortal, comum aos que convivem com o HIV, trazendo o prisma da cronicidade da doença (COLOMBRINI; DELA COLETA; LOPES, 2008; SILVA; TAKAHASHI, 2008; ALVES; MAGALHÃES; MATOS, 2010; GASPAR *et al.*, 2011; MEDEIROS; SALDANHA, 2012; FERREIRA; FAVORETO; GUIMARÃES, 2012). No estudo a avaliação dos escores foi mais representativa na avaliação da adesão adequada, quando comparados à adesão inadequada. A consequência da infecção nas pessoas que vivem com HIV/aids tende a uma diminuição nas dimensões física, social e ambiental referentes a QV o que não ocorre com o domínio psicológico (REIS *et al.*, 2010).

No estudo o domínio **Nível de Independência**, teve escores médios de 14,1 para adesão adequada e 13,3 para adesão inadequada, os menores registrados em todos os domínios avaliados na escala WHOQOL-HIV Bref. Neste domínio avalia-se mobilidade, atividade de vida diária, aptidão ao trabalho e dependência de medicação ou tratamentos. Conforme a literatura ocorre uma relação da baixa escolaridade e renda *per capita* inferior ao salário mínimo as quais implicam em uma reduzida qualidade de vida (REIS, 2008; CAMPOS; CESAR; GUIMARÃES, 2009; GEOCZE *et al.*, 2010). Tal situação também foi encontrada no presente estudo, quando observada à caracterização dos pacientes, onde a maior parte dos participantes apresenta renda inferior a um salário mínimo.

Na abordagem do domínio das **Relações Sociais**, obteve-se os melhores valores dos escores médios do estudo, para QV, associada à adesão, onde indivíduos com adesão adequada registraram 16,1 e com adesão inadequada 14,5. Levaram-se em consideração os relacionamentos sexuais, a inclusão social e o apoio social. Nos aspectos das relações sociais, as pessoas que vivem com HIV/aids, acontecem experiências de diversas fontes produtoras de estresse diário no campo das relações humanas e afetivas, como a discriminação e preconceito (REIS, 2008; GASPAR *et al.*, 2011).

O domínio **Meio Ambiente** acontece a associação ao baixo nível socioeconômico e educacional, o que tem influenciando negativamente o poder aquisitivo, e por consequência, a moradia, segurança física, lazer, transporte, acesso e QV (REIS, 2008; DERIBEW *et al.*, 2009; GASPAR *et al.*, 2011). Esses achados se repetem em estudos de outras doenças ou condições crônicas (SLOVACEK *et al.*, 2007; ALEXANDRE; CORDEIRO; RAMOS, 2009). Na pesquisa, esse domínio teve escores baixos em relação aos outros domínios avaliados,

ficando atrás apenas do domínio de nível de independência. Isso acontece em virtude do perfil socioeconômico dos pesquisados, onde na época da entrevista 27% encontrava-se desempregado e com renda per capita média de R\$ 717,50, além de nível de escolaridade baixo, 21% possuía nível fundamental ou eram analfabetos.

A avaliação do domínio **Espiritual** quando relacionado a adesão ao tratamento, demonstrou pequena variação de escores em relação aos entrevistados com adesão adequada e inadequada. Em estudo realizado por Ferriss (2002), nos EUA, observa-se a relação de religião e QV, ficou descrito que as organizações religiosas contribuem para uma melhor integração comunitária o que tende a aumentar a QV; a frequência ao encontro religioso não produziu aumento da QV; a concepção dos americanos a cerca de uma boa condição de vida, tem relação com as idéias judaico-cristãs; os princípios religiosos tendem a atrair pessoas dispostas para um momento feliz da vida e que a religião pode explicar um propósito na vida que promova bem estar.

Observa-se na literatura, melhores médias de QV, associadas ao uso da TARV, pois a mesma proporciona melhoria global, concentração, locomoção, aparência física, relações pessoais, vida sexual (CAMPOS; CESAR; GUIMARÃES, 2009; PORTAD *et al.*, 2010).

A espiritualidade é importante ferramenta no enfrentamento do HIV/aids e alterações ocorridas na vigência da doença. Nesse domínio são avaliados aspectos relacionados ao perdão e a culpa, além de preocupação com o futuro e a morte (GASPAR *et al.*, 2011). A religiosidade tem importante papel em toda a trajetória da saúde, da promoção da saúde e prevenção de doenças, para lidar com a doença e fim de vida (COHEN *et al.*, 2012). A religiosidade e bem estar estão intimamente ligados e pode sobremaneira afetar o indivíduo durante sua vida. Constata-se que a espiritualidade e a religião muitas vezes desempenham papel importante na gestão de estresse e para manter o bem estar geral das pessoas (FERRISS, 2002; CALVETTI *et al.*, 2008; KREITZER, 2012).

Para a avaliação de religiosidade utilizamos um instrumento específico, denominado de Questionário de índice de religiosidade da Universidade Duke (Duke Religious Index – Durel). Quando avaliamos os dados da escala relacionada à religiosidade, observou-se que a consistência interna do instrumento medida pelo coeficiente alfa de Cronbach variou entre 0,70 e 0,76 nas três dimensões de religiosidade que se relacionam aos desfechos em saúde, são elas: Religiosidade Organizacional (RO), Religiosidade Não-Organizacional (RNO) e Religiosidade Intrínseca (RI), com um resultado global de 0,78.

No estudo, a análise da religiosidade em relação à adesão a TARV, apresentou padrão semelhante entre os grupos de adesão adequada e inadequada e não mostrou diferenciais significativos. Contudo, o pesquisador adverte que a relação da religiosidade e a saúde está diretamente ligada a satisfação com a vida, melhor estado de saúde, melhor QV e bem estar, diminuição dos sintomas (GASPAR *et al.*, 2011), o que pode melhorar a adesão a TARV.

Não foram observados estudos com pessoas com HIV que utilizaram o mesmo instrumento de avaliação de religiosidade. Entretanto, é explícita a esperança entre essa população (GALVÃO *et al.*, 2012), é alcançada através de crença espiritual, espiritualidade, religiosidade algo como forma de perseverança na vivência com o HIV. A introdução da TARV, e sua eficácia, relacionada à sua adesão, a correta administração, tem contribuído tanto para a melhoria da saúde física, como também em outras dimensões da vida das pessoas que vivem com HIV/aids (FLECK, 2008). Na análise de cada dimensão da religiosidade foi observada na RNO uma relação negativa e significativa quando comparado a adesão à TARV.

Na correlação entre as dimensões dos escores de Religiosidade-Duke (Durel) e os domínios do WHOQOL - HIV bref. A avaliação da relação entre a dimensão RO e a QV foi positiva com níveis significantes para os domínios físico e relações sociais, o que demonstra uma possível relação entre dor física e aumento da frequência a encontros religiosos. Segundo Calveti *et al.* (2008), o apoio social, tem contribuição para o auxílio do cotidiano do HIV/aids, produzindo uma sensação de conforto ao indivíduo.

A avaliação da relação entre a dimensão da RNO e a QV mostra uma correlação positiva e estatisticamente significativa no domínio espiritual. Quanto à dimensão da RI verificou-se correlação negativa e estatisticamente significativa para os domínios psicológico e espiritual, tendo uma redução nos escores para os domínios psicológico e espiritual. Em estudo realizado com idosos internados, ficou referenciado que a ausência às atividades sociais religiosas foi baixa, porém aconteceu o aumento das práticas de atividades religiosas individuais, o que sugere que a importância da religião para esses indivíduos não pode ser medida pela frequência com que participam das atividades sociais (CALVETTI *et al.*, 2008; DUARTE, WANDERLEY, 2011).

## 5 CONCLUSÃO

---

No presente estudo as pessoas com HIV em uso da TARV menos aderentes ao tratamento, relacionadas a **características sociodemográficas**, destacam-se:

- Sexo. As mulheres mostram-se 45% menos aderentes do que os homens. A chance de ocorrência de adesão inadequada entre as mulheres é de 1,45 vezes mais do que os homens.
- Idade. As pessoas com idades entre 50 e 59 anos, são aproximadamente três vezes menos aderente a TARV dos que as demais faixas etárias.
- Opção sexual. Os heterossexuais são menos aderentes a TARV;
- Situação Civil. Os solteiros são menos aderentes a TARV;
- Renda *per capita*. Pessoas com menores rendimentos têm maior chance de adesão inadequada;
- Escolaridade. Quanto menor a escolaridade maior as chances de adesão inadequada.
- Trabalho. A adesão inadequada é duas vezes maior entre os desempregados.
- Filhos: Possuir três ou mais filhos, e
- Número de pessoas do domicílio. Coabitar com quatro pessoas ou mais.

Concluiu-se em relação à **adesão aos antirretrovirais e à religiosidade** das pessoas com HIV em uso de TARV, que:

- Quanto menor o tempo para as atividades religiosa privada (preces, orações e meditações) menor é o grau de adesão;

Concluiu-se em relação à **religiosidade e a qualidade de vida**:

- Qualidade de vida decorrente de boas condições físicas repercute no aumento da frequência a encontros religiosos, ou vice-versa.
- Contar com suporte social amplia a frequência a encontros religiosos;
- As pessoas que participam de atividades religiosas privadas (preces, orações e meditações) possuem aumento as crenças pessoais, religiosas e espirituais (domínio espiritual);
- A procura reduzida por religiosidade e crenças piora a qualidade de vida;

Em relação à **adesão e a qualidade de vida**:

- Melhor qualidade de vida decorrente de boas condições físicas, psicológica e espiritual repercute em graus mais elevados de adesão;

No conjunto de resultados pode-se ainda concluir que o conjunto das diferentes análises de indicadores de parâmetros de saúde das pessoas com HIV em uso de antirretrovirais demonstrou que há implicações relacionadas à adesão aos medicamentos, requisito essencial para alcançar melhores condições clínicas e de vida. Ainda, as implicações da falta de adesão repercutem, sobretudo, na sobrevivência das pessoas.

Finalmente, no presente estudo foi evidenciado que a religiosidade promove influência na adesão, entretanto, a adesão repercute substancialmente na qualidade de vida. Tais resultados respondem a pergunta elaborada no presente estudo.

Na perspectiva de continuidade de pesquisas nessa clientela, sugere-se o desenvolvimento de pesquisas prospectivas avaliando-se os mesmos indicadores ao longo do tratamento. Tais dados poderão demonstrar vulnerabilidades as quais estão expostas as pessoas em uso da TARV, no relacionado à adesão, e qualidade de vida e religiosidade. Sugere-se o segmento e avaliação prospectiva da religiosidade, adesão e qualidade de vida, com o intuito de realizar intervenções que promovam o enfrentamento da doença, buscando auxiliá-lo em uma melhor adaptação ao contexto de saúde, melhorando a adesão, e conseqüentemente, a qualidade de vida, utilizando a busca por crenças/religiosidade de cada indivíduo.

Destaca-se ainda que a identificação das necessidades das pessoas com HIV/aids é importante para o aprimoramento dos cuidados específicos a essa população, pois as intervenções direcionadas aos problemas existentes, considerando-se o contexto e os recursos de cada pessoa dispõem, repercuti na adesão a TARV e sobremaneira na qualidade de vida.

Do concluído, destacam-se limitações relacionadas à comparação de dados dos níveis de qualidade de vida e de religiosidade de pessoas com HIV/aids sem o tratamento da TARV. Outra situação que produziu limitação foi à dificuldade de obter informações para contrapor os dados obtidos com outros estudos que avaliaram a religiosidade, adesão e qualidade de vida de portadores de HIV/aids.

## 6. RECOMENDAÇÕES

---

A participação direta em um serviço de assistência especializada para pessoas com HIV/aids de um serviço de ensino, pesquisa e extensão universitária, público de saúde e os resultados do presente trabalho, suscitaram recomendações:

- A aids demonstra desafios para o serviço especializado, exigindo além do atendimento das pessoas infectadas pelo vírus, à atenção aos parceiros(as), cuidadores e familiares. Por se tratar de uma clientela que ainda vive permeada de estigmas e preconceitos, o serviço necessita de uma equipe multi e interdisciplinar permanente. Manter um acompanhamento frequente favorece um relacionamento interpessoal satisfatório. Ainda, a constância dos profissionais permite uma comunicação mais efetiva, amplia a confiança com os usuários, favorecendo a continuidade de um cuidado integral, de acordo com suas necessidades referidas ao longo do acompanhamento em saúde.

- A universalidade à saúde, conquistada na oferta gratuita da assistência e da dispensação de medicamentos específicos, representa a efetivação de um dos mais onerosos princípios do SUS. Assim, a implementação da avaliação periódica da adesão, por meio de consultas individuais ou em grupos deve ser incorporada no serviço, para medir e orientar de modo efetivo a necessidade das tomadas regulares da TARV e ou alertar essa necessidade aos pacientes que não fazem uso da TARV.

- Para enfermagem do SAE local, é imperativa a criação e implementação de tecnologias que auxiliem a assistência de enfermagem as pessoas com HIV/aids, como a consulta de enfermagem direcionada para fornecer uma assistência sistematizada e para possibilitar a compreensão e necessidade de autocuidado permanente.

- Em nível local, recomenda-se o redimensionamento de pessoal visando aumentar o quantitativo de profissionais, principalmente enfermeiros, devido o aumento e a complexidade do cuidado as pessoas com HIV/aids; desenvolvimento de sessões educativas em saúde em todos os períodos e apoiar a ampliação do grupo de autoajuda para reforçar as questões medicamentosas.

- Urge desenvolver um sistema para gerenciamento técnico da assistência prestada, como registros que permitam avaliar o comparecimentos e ausências das pessoas com HIV/aids nos atendimentos agendados, gerenciamento concomitante de coleta de exames e retirada de medicamentos; desenvolvimento de prontuário digital para facilitar o registro de todas as informações clínicas, laboratoriais e multiprofissional.

- A implantação de ações conjuntas de órgãos públicos, para detectar o mais precocemente possível a infecção pelo HIV, possibilitará acompanhamento especializado garantindo sobrevida com qualidade; descentralização, ampliação e incorporação de atendimento das pessoas com HIV em serviços de atenção básica.

- Necessidade de implementação de seguimento de saúde por equipe multiprofissional e interdisciplinar direcionado as pessoas em uso da TARV, cujos profissionais possam ampliar as intervenções, especialmente para se engajarem na adesão aos antirretrovirais; Rever a rede social e de apoio das pessoas com HIV/aids para oferecer como um serviço auxiliar na vida dos pacientes. Promover discussão com a equipe de saúde sobre a revisão e suscitação da investigação das necessidades espirituais no seguimento em saúde, as quais poderão ser um fator positivo na qualidade de vida, no fortalecimento e enfrentamento das pessoas ao longo do acompanhamento em saúde.

## REFERÊNCIAS

---

- ALEXANDRE, T. S.; CORDEIRO, R. C.; RAMOS, L. R. Fatores associados à qualidade de vida em idosos ativos. **Rev Saúde Pública**, v.43, n.4, p.613-621, 2009.
- ALVES, J. M.; MAGALHAES, V.; MATOS, M. A. G. Retinocoroidite toxoplásmica em pacientes com aids e neurotoxoplasmose. **Arq Bras Oftalmol.**, v.73, n.2, p.150-154, 2010.
- ARAÚJO, M. F. M.; ALMEIDA, M. I.; CIDRACK, M. L., QUEIROZ, H. M. C.; PEREIRA, M. C. S.; MENESCAL, Z. L. C. O papel da religiosidade na promoção da saúde do idoso. **RBPS**, v.21, n.3, p.201-208, 2008.
- AYRES, J. R. C. M.; FRANÇA, J. I. CALAZANS, G. J.; SALETTI, F.; HARALDO, C. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZERESNIA, D.; FREITAS, C. M. (Orgs). **Promoção da saúde: conceitos, reflexões, tendências**. 2 ed. Rio de Janeiro: Fiocruz, 2009. p.121-143.
- BARROS, A. J. D; HIRAKATA, V. N. Alternatives for logistic regression in cross-sectional studies: an empirical comparison of models that directly estimate the prevalence ratio. **BMC Res Med Metodol** [periódico na Internet]. v.3, n.21, [cerca de 13 p.]. 2003. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC521200/pdf/1471-2288-3-21.pdf>. Acesso em: 13 out. 2012.
- BASTOS, J. L. D.; DUQUIA, R. P. Um dos delineamentos mais empregados em epidemiologia: estudo transversal. **Sci Med.**, v.17, n.4, p.229-232, 2007.
- BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol Serv Saúde**, v.16, n. 4, p. 261-278, 2007.
- BRASIL. **Constituição da República Federativa do Brasil**. Brasília: Senado Federal, 1988.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Projeto Promoção da Saúde. **As Cartas da Promoção da Saúde**. Brasília: Ministério da Saúde, 2002.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Programa Nacional de DST/AIDS. **Serviço de Assistência Especializada (SAE) aos portadores de HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2005.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Programa Nacional de DST/AIDS**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006. 73p.
- \_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos e adolescentes infectados pelo HIV**. Brasília:Ministério da Saúde, 2007.
- \_\_\_\_\_.Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para terapia anti-retroviral em adultos infectados pelo HIV 2008**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008a.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2008b.

\_\_\_\_\_. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim epidemiológico de DST e Aids**. Ano VII, nº 1. Jul a Dez 2009 e Jan a Jul 2010. Brasília: Ministério da Saúde, 2011. 21p.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Rev Assoc Med Bras.**, v.52, n.2, p.86-92, 2006.

BRUNELLO, M. E. F. **Distribuição especial e área de risco para coinfeção TB/HIV no município de Ribeirão Preto – SP**. 2006. 63f. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) - Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2010.

CALVETTI, P. Ü.; MULLER, M. C.; NUNES, M. L. T. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. **Psicol Estud.**, v.13, n.3, p.523-530, 2008.

CAMPOS, L. N.; CÉSAR, C. C.; GUIMARÃES, M. D. Quality of life among HIV-infected patients in Brazil after initiation of treatment. **Clinics**, v.64, n.9, p.867-875, 2009.

CARMODY, E. R.; DIAZ, T.; STRARLING, P.; SANTOS, A. P.; SACKS, H. S. An evaluation of antiretroviral HIV/AIDS treatment in a Rio de Janeiro public clinic. **Trop Med Int Health.**, v. 8, n.5, p. 378-385, 2003.

CARRIERI, M. P.; LEPORT, C.; PROTOPOPESCU, C.; CASSUTO, J.; BOUVET, E.; PEYRAMOND, D *et al.* Factors associated with nonadherence to highly active antiretroviral therapy. **Epidemiol Soc Sci.**, v.41, n.4, p.477-485, 2006.

CARVALHO, C. M. L. **Estudo controlado de avaliação de intervenções de enfermagem em portadores de HIV/aids utilizando referencial teórico de Orem**. 2010. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Departamento de Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2010.

CARVALHO, C. M. L.; GALVÃO, M. T. G.; SILVA, R. M. Alterações na vida de mulheres com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida em face da doença. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.1, p.94-100, 2010.

CARVALHO, C. V.; MERCHÁN-HAMANN, E.; MATSUSHITA, R. Determinants of antiretroviral treatment adherence in Brasília, Federal District: a case-control study. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v.40, n.5, p.555-565, 2007.

CASTANHA, A. R.; COUTINHO, M. P. L.; SALDANHA, A. A. W.; RIBEIRO, C. G. Avaliação da qualidade de vida em soropositivos para o HIV. **Estud Psicol.**, v.24, n.1, p.23-31, 2007.

CHESNEY, M. A.; MORIN, M.; SHERR, L. Adherence to HIV combination therapy. **Soc Sci Med.**, v.50, n.12, p. 1599-1605, 2000.

COHEN, M. Z.; HOLLEY, L. M.; WENGEL, S. P.; KATZMAN, R. M. A Platform for Nursing Research on Spirituality and Religiosity Definitions and Measures. **Western J Nurs Res.**, v.34, n.6, p.795-817, 2012.

COLLIS, J.; HUSSEY, R. **Pesquisa em administração.** (2 ed.). Porto Alegre: Bookman, 2005.

COLOMBRINI, M. R. C.; COLETA, M. F. D.; LOPES, M. H. B. M. Fatores de risco para a não adesão ao tratamento com terapia antiretroviral altamente eficaz. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 42, p. 490-495, 2008.

COLOMBRINI, M. R. C.; LOPES, M. H. B.; FIGUEIREDO, R. M. Adherence to the antiretroviral therapy for HIV/AIDS. **Rev Esc Enferm USP.**, v.40, n.4, p.576-581, 2006.

COZINHE, P.F.; McCABE, M.M.; EMILIOZZI, S.; POINTER, L. **J Assoc Nurses AIDS Care.**, v.20, n.4, p.316-325, 2009.

CROZETA, K.;STOCCO, J. G. D.; LABRONICI, L. M.; MÉIER, M. J. Interface entre a ética e um conceito de tecnologia em enfermagem: assistência a pacientes com Diabetes Mellitus tipo 2 em insulinoterapia. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.2, p.239-243, 2010.

CUNHA, G. H. **Consulta de Enfermagem baseada na Teoria do Autocuidado de Orem para portadores de HIV/Aids.** 2006. Monografia (Graduação em Enfermagem) – Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, 2006.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Contexto sociodemográfico de pacientes com HIV/aids atendidos em consulta de enfermagem. **RevEnferm UFPE online**, [periódico na Internet]. v.5, n.3, p.713-721, 2011. Disponível em: [http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1615/pdf\\_483](http://www.ufpe.br/revistaenfermagem/index.php/revista/article/view/1615/pdf_483) Acesso em: 13 fev. 2012.

\_\_\_\_\_. Diagnóstico de enfermagem em pacientes como o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. **Acta Paul Enferm.**, v.23, n.4, p.526-532, 2010.

DALMIDA, S. G.; HOLSTAD, M. M.; DIIORIO, C.; LADDERMAN, G. Spiritual well-being, depressive symptoms, and immune status among women living with HIV/AIDS. **Women Health**, v.49, n.2-3, p.119-143, 2009.

DERIBEW, A, TESFAYE, M, HAILMICHAEL, Y, NEGUSSU, N, DABA, S, WOGI A, et al. Tuberculosis and HIV co-infection: its impact on quality of life. **Health Qual Life Outcomes**, [periódico na Internet]. v.7, p.105, 2009. Disponível em: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2809048/pdf/1477-7525-7-105.pdf> Acesso em: 21 jul. 2012.

DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES (DHHS). **Panel on clinical practices for the treatment of HIV infection.** Guidelines for the use of antiretroviral agents in HIV infected adults and adolescents. 2006. Disponível em: [www.AIDSinfo.nih.gov](http://www.AIDSinfo.nih.gov) Acesso em: 04 jan. 2011.

DIORIO, C.; McCARTY, F.; DEPADILLA, L.; RESNICOW, K.; HOLSTAD, M. M.; YEAGER, K *et al.* Adherenceto antirretroviral medicationregimens: a test of a phychosocialmodel. **AIDS Behav.**, v.13, n.1, p.10-22, 2009.

DONATI, F. A. **Comportamento sexual e percepção do HIV/aids entre estudantes universitárias do IBILCE/UNESP de São José do Rio Preto.** 2010. Dissertação (Mestrado em Filosofia) – Faculdade de Filosofia e Ciências, Universidade Estadual Paulista, Botucatu (SP), 2010.

DUARTE, F. M.; WANDERLEY, K. S. Religião e espiritualidade de idosos internados em uma enfermaria geriátrica. **Psicol Teor Pesq.**, v.27, n. 1, p.49-53, 2011.

FARIA, J. B.; SEIDL, E. M. F. Religiosidade e enfrentamento em contexto de saúde e doença: revisão de literatura. **Psicol Reflex Crit.**, v.18, n.3, p.381-389, 2005.

FAUSTINO, Q. M.; SEIDL, E. M. F. Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. **Psic Teor Pesq.**, v.26, n.1, p.121-130, 2010.

FERNANDES, J. R. M.; ACURCIO, F. A.; CAMPOS, L. N.; GUIMARÃES, M. D. C. Início da terapia anti-retroviral em estágio avançado de imunodeficiência entre indivíduos portadores de HIV/AIDS em Belo Horizonte, Minas Gerais, Brasil. **Cad Saúde Pública**, v.25, n.6, p.1369-1380, 2009.

FERREIRA FILHO, O. F.; TURCHI, M. D.; LARANJEIRA, R.; CASTELO, A. Perfil sociodemográfico e de padrões de uso entre dependentes de cocaína hospitalizados. **Rev Saúde Pública**, v.37, n.6, p.751-759, 2003.

FERREIRA, B. E.; OLIVEIRA, I. M.; PANIAGO, A. M. M. Qualidade de vida de portadores de HIV/AIDS e sua relação com linfócitos CD4+, carga viral e tempo de diagnóstico. **Rev Bras Epidemiol.**, v.15, n.1, p.75-84, 2012.

FERREIRA, D. C.; FAVORETO, C. A. O.; GUIMARÃES, M. B. L. A influência da religiosidade no conviver com o HIV. **Comunic Saúde Educ.**, v.16, n.41, p. 389-393, 2012.

FERRISS, A. L. Religion and the quality of live. **J Happiness Stud.**, v.3, n.3, p.199-215, 2002.

FLECK, M. P. A. Problemas conceituais em qualidade de vida. In FLECK, M. P. (Org). **A avaliação de qualidade de vida: guia para profissionais da saúde.** Porto Alegre: Artmed, 2008. p.19-28.

FONSECA, L. C.; MARTINS, F. J.; VIEIRA, R. C. P. A.; PEREIRA, R. M. C.; FERREIRA, A. S.; RAPOSO, N. R. B. Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. **Rev Soc Bras Med Trop.**, v.45, n.2, p.151-155, 2012.

GALVÃO, M. T. G.; BONFIM, D. Y.G.; GIR, E.; CARVALHO, C. M. L.; ALMEIDA, P. C.; BALSANELLI, A. C. S. Esperança em mulheres portadoras da infecção pelo HIV. **Rev Esc Enferm USP.**, v.46, n.1, p.38-44, 2012.

- GARCIA, J.; PARKER, R. G. Resource mobilization for health advocacy: Afro-Brazilian religious organizations and HIV prevention and control. **Soc Sci Med.**, v.72, n.12, p.1930-1938, 2011.
- GASPAR, J.; REIS, R. K.; PEREIRA, F. M. V.; NEVES, L. A. S.; CASTRIGHINI, C. C.; GIR, E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com HIV/aids em município do interior paulista. **Rev Esc Enferm USP.**, v.45, n.1, p.230-236, 2011.
- GEOCZE, L.; MUCCI, S.; MARCO, M. A de.; NOGUEIRA-MARTINS, L. A.; CITERO, V. A. Qualidade de vida e adesão ao tratamento anti-retroviral de pacientes portadores de HIV. **Rev Saúde Pública.**, v.44, n.4, p.743-749, 2010.
- GIL, A. C. **Métodos e técnicas de pesquisa social**. São Paulo: Atlas, 1999.
- GIR, E.; VAICHULONIS, C. G.; OLIVEIRA, M. D. Adesão à terapêutica anti-retroviral por indivíduos com HIV/AIDS assistidos em uma instituição do interior paulista. **Rev Latino-am Enfermagem**, v.13, n.5, p.634-641, 2005.
- GONÇALVES, H.; COSTA, J.S.D.; MENEZES, A. M. B.; KNAUTH, D.; LEAL, O.F. Adesão ao tratamento de tuberculose em Pelotas, Rio Grande do Sul: a partir da perspectiva do paciente. **Cad Saúde Pública.**, v.15, n. 7, p. 1-17, 1999.
- GUIMARÃES, H. P.; AVEZUM, A. O impacto da espiritualidade na saúde física. **Rev Psiquiatr Clín.**, v.34, supl.1, p.88-94, 2007.
- GUIMARÃES, M. M. M.; GRECO, D. B.; RIBEIRO, O. J.; PENIDO, A. M. G.; MACHADO, L. J. C. Distribuição da gordura corporal e perfis lipídico e glicêmico de pacientes infectados pelo HIV. **Arq Bras Endocrinol Metabol.**, v.51, n.1, p.42-51, 2007.
- GUPTA, G. R.; PARKHURST, J. O.; OGDEN, J. A.; AGGLETON, P.; MAHAL, A. Structural approaches to HIV prevention. **Lancet**, v.372, n.9640, p.764-775, 2008.
- HARRIS, J.; PILLINGER, M.; FROMSTEIN, D.; GOMEZ, B.; GARRIS, I.; KANETSKY, P. A.; TEBAS, P.; GROSS, R. Risk factors for medication non-adherence in an infected population in the Dominican Republic. **AIDS Behav.**, v.15, n.7, p.1410-1415, 2011.
- HODGE, D.R.; ROBY, J.L. Sub-Saharan African women living with HIV/AIDS: an exploration of general and spiritual coping strategies. **SocWork.**, v.55, n.1, p.27-37, 2010.
- ILIAS, M.; CARANDINA, L.; MARIN, M. J. S. Adesão à terapia antirretroviral de portadores do vírus da imunodeficiência humana atendidos em um ambulatório da Cidade de Marília, São Paulo. **Rev Baiana Saúde Pública**, v.35, n.2, p.471-484, 2011.
- INSTITUTO BRASILEIRO DE GEOGRAFIA E ESTATÍSTICA (IBGE). Pesquisa nacional por amostra de domicílios. Síntese dos indicadores de 2009. Rio de Janeiro: IBGE; 2010. Disponível em: [http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad\\_sintese\\_2009.pdf](http://www.ibge.gov.br/home/estatistica/populacao/trabalhoerendimento/pnad2009/pnad_sintese_2009.pdf) Acesso em: 04 jan. 2011.
- JOS, N.; MERCHAN-HAMANN, E.; SILVER, L. D. STD management in community pharmacies: an organizing proposal. **Ciênc Saúde Coletiva**, v.10, n.4, p.1005-1014, 2005.

KREMER, H.; IRONSON, G.; KAPLAN, L. The fork in the road: HIV as a potential positive turningpoint and the role of spirituality. **AIDS Care**, v.21, n.3, p.368-377, 2009.

KREMER, H.; IRONSON, G.; PORR, M. Spiritual and mind-body beliefs as barriers and motivators to HIV-treatment decision-making and medication adherence? A qualitative study. **AIDS Patient Care STDS**, v.23, n.2, p.127-134, 2009.

KOENING, H. G.; BÜSSING, A. The Duke University Religion Index (DUREL): a five-item measure for use in epidemiological studies. **Religions**, v.1, n.1, p.78-85, 2010.

KREITZER, M. J. Spirituality and well being: focusing on what matters. **Western J Nurs Res**, v.34, n.6, p.707-711, 2012.

LUKOFF, D.; LU, F.; TUUNER, R. Toward a more culturally sensitive DSM-IV (psycho-religious and psychospiritual problems). **J Nerv Ment Dis**, v.180, n.11, p.673-682, 1992.

LYON, M.E.; GARVIE, P.A.; KAO, E.; BRIGGS, L.; HE, J.; MALOW, R.; D'ANGELO, L.J.; McCARTER, R. Spirituality in HIV-infected adolescents and their families: Family Centered (FACE) Advance Care Planning and medication adherence. **J Adolesc Health**, v.48, n.6, p.633-636, 2011.

MACHADO, M. M. T.; GALVÃO, M. T. G.; LINDSAY, A.C.; CUNHA, A. J. L. A. da; LEITE, A. J. M.; LEITE, R. D *et al.* Condições sociodemográficas de crianças de zero a dois anos filhas de mães com HIV/Aids, Fortaleza, CE, Brasil. **Rev Bras Saúde Mater Infant**, v.10, n.3, p.377-382, 2010.

MACIEL, E. L. N.; GUIDONI, L. M.; FAVERO, J. L.; HADAD, D. J.; MOLINO, L. P.; JONHSON, J. L *et al.* Efeitos adversos causados pelo novo esquema de tratamento da tuberculose preconizado pelo Ministério da Saúde do Brasil. **J Bras Pneumol**, v.36, n.2, p.232-238, 2010.

MAR, D. **Estrutura, desenvolvimento e dinâmica da família da gestante com papilomavirus humano**. 2004. 148f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Faculdade de farmácia, Odontologia e Enfermagem, Universidade Federal do Ceará, Fortaleza (CE), 2004.

MARQUES, M.; CUNHA, E. A. T.; RUFFINO-NETTO, A.; ANDRADE, S. M. O. Perfil de resistência de Mycobacterium tuberculosis no estado de Mato Grosso do Sul, 2000-2006. **J Bras Pneumol**, v.36, n.2, p.224-231, 2010.

MATTAR, F. N. **Pesquisa de marketing**. 3.ed. São Paulo: Atlas, 2001.

MEDEIROS, B.; SALDANHA, A. A. W. Religiosidade e qualidade de vida em pessoas com HIV. **Estud Psicol**, v.29, n.1, p.53-61, 2012.

MIRANDA, A. E.; GOLUB, J. E.; LUCENA, F. F.; MACIEL, E. N.; GURGEL, M. F.; DIETZE, R. Tuberculosis and AIDS co-morbidity in Brazil: linkage of the tuberculosis and aids databases. **Braz J Infect Dis**, v.13, n.2, p.137-141, 2009.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; LOTUFO-NETO, F.; KOENIG, H. G. Religiousness and mental health: a review. **Rev Bras Psiquiatr.**, v.28, n.3, p.242-250, 2006.

MOREIRA-ALMEIDA, A.; PERES, M. F.; ALOE, F.; LOTUFO NETO, F.; KOENIG, HAROLD, G. Versão em português da Escala de Religiosidade da Duke: DUREL. **Rev Psiquiatr Clín.**, v.35, n.1, p.31-32, 2008.

NACHEGA, J. B.; HISLOP, M.; DOWDY, D. W.; LO, W.; OMER, S. B.; REGENSBERG, L et al. Adherence to highly active antiretroviral therapy assessed by pharmacy claims predicts survival in HIV-infected South African adults. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v.43, n.1, p.78-84, 2006.

NETO, L. M. S.; OLIVEIRA, R. V. C.; TOTINO, P. R.; SANT'ANA, F. M.; COELHO, V. O.; ROLLA, V. C *et al.* Enteroparasitosis Prevalence and parasitism influence in clinical outcomes of tuberculosis patients with or without HIV co-infection in a reference Hospital in Rio de Janeiro (2000-2006). **Braz J Infect Dis.**, v.13, n.6, P.427-432, 2009.

ORTEGO, C.; HUENDO-MEDINA, T. B.; SANTOS, P.; RODRÍGUEZ, E.; SEVILHA, L.; WARREN, M.; LLORCA, J. Sex differences in adherence to highly active antiretroviral therapy: A meta-analysis. **AIDS Care.**, v.24, n.12, p.1519-1534, 2012.

PANZINI, R. G.; ROCHA, N. S.; BANDEIRA, D. R.; FLECK, M. P. A. Qualidade de vida e espiritualidade. **Rev Psiq Clín**, v.34, supl.1, p.105-115, 2007.

PATERSON, D. L.; SWINDELLS, S.; MOHR, J.; BRESTER, M.; VERGIS, E.N.; SQUIER, C. et al. Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. **Ann Intern Med.** v. 133, n.1, p. 21-30, 2000.

PÉREZ, J. E.; CHARTIER, M.; KOOPMAN, C.; VOSVICK, M.; GORE-FELTON, C.; SPIEGEL, D. Spiritual striving, acceptance coping, and depressive symptoms among adults living with HIV/AIDS. **J Health Psychol.**, v.14, n.1, p.88-97, 2009.

POTARD, V.; CHASSANY, O.; LAVIGNON, M.; COSTAGLIOLA, D.; SPIRE, B. Better health-related quality of live after switching from a virologically effective regimen containing efavirenz or nevirapine. **AIDS Care**, v.22, n.1, p.54-61, 2010.

REGO, S. R. M.; OLIVEIRA, C. F. A.; REGO, D. M. S.; SANTOS JÚNIOR, R. F.; SILVA, V. B. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **J Bras Psiquiatr.**, v.60, n.1, p. 46-49, 2011.

REIS, A. C.; LENCASTRE, L.; GUERRA, M. P.; REMOR, E. Relationship among psychopathological symptoms, treatment adherence and quality of life in HIV/AIDS infection. **Psicol Reflex Crít.**, v.23, n.3, p.420-429, 2010.

REIS, R. K. **Qualidade de vida de portadores do HIV/aids: influência dos fatores demográficos, clínicos e psicossociais.** 2008. 276f. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, São Paulo, 2008.

REIS, R. K.; GIR, E. Vulnerabilidade ao HIV e prevenção da transmissão sexual entre casais sorodiscordantes. **Rev Esc Enferm USP.**, v.43, n.3, p. 662-669, 2009.

REMOR, E. Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral (CEAT-VIH): estudio internacional. **Rev Humanitas**, v.3, p.80-81, 2006.

\_\_\_\_\_. **Manual del Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)**. Madrid: Universidad Autónoma de Madrid, 2002.

REYES, D. Terminologia Classificad. **Int J Nurs.**, v.21, n.4, p.177-181, 2010.

RODRIGUES, I. L. A.; MONTEIRO, L. L.; PACHECO, R. H. B.; SILVA, S. E. D. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev Esc Enferm USP.**, v. 44, n.2, 383-7, 2010.

RÜÜTEL, K.; PISAREV, H.; LOIT, H. M.; UUSKÜLA, A. Factors influencing quality of life people living with HIV in Estonia: a cross-sectional survey. **J Int AIDS Soc.**, v.12, n.13, 2009. Disponível em: <http://www.jiasociety.org/content/pdf/1758-2652-12-13.pdf> Acesso em: 13 fev. 2012.

SALDANHA, J. S.; BECK, C. S. A. Grau de adesão ao tratamento com anti-retrovirais entre indivíduos HIV positivos atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. **Saúde**, v. 35, n.1, p.4-9, 2009.

SANTOS, E. C. M.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids em São Paulo. **Rev Saúde pública**, v.41, supl.2, p.64-71, 2007.

SCARINCI, E. G.; GRIFFIN, M. T.; GROGORIU, A.; FITZPATRICK, J. J. Spiritual well-being and spiritual practices in HIV-infected women: a preliminary study. **J Assoc Nurs AIDS Care.**, v.20, n.1, p.69-76, 2009.

SEIDL, E. M. F.; MACHADO, A. C. A. Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Psicol Estud.**, v.13, n.2, p.239-247, 2008.

SEIDL, E. M. F.; MELCHIADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Person living with HIV/AIDS: factors associated with adherence to antirretroviral treatment. **Cad Saúde Pública**, v.23, n.10, p.2305-2316, 2007.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C. Qualidade de vida e saúde: aspectos conceituais e metodológicos. **Cad Saúde Pública**, v.20, n.2, p.580-588, 2004.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. C.; TRÓCCOLI, B. T. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de Vida. **Psicol Reflex Crít.**, v.18, n.2, p.188-195, 2005.

SILVA, G. A da; TAKAHASHI, R. F. A busca pela assistência à saúde: reduzindo a vulnerabilidade ao adoecimento entre os portadores do HIV. **Rev APS.**, v.11, n.1, p.29-41, 2008.

SILVA, S. H.; CUBAS, M. R.; FEDALTO, M. A.; SILVA, S. R.; LIMA, T. C. C. Estudo avaliativo da consulta de enfermagem na Rede Básica de Curitiba/PR. **Rev Esc Enferm USP.**, v.44, n.1, p.68-75, 2010.

SLOVACEK, L.; SLOVACKOVA, B.; JEBAVY, L.; MACINGOVA, Z. Aspectos psicossociais da saúde e demográficos na qualidade de vida de doentes com leucemia mielóide aguda e linfoma maligno submetidos a transplante autólogo de células tronco do progenitor. **São Paulo Med J.**, v.125, n.6, p.359-361, 2007.

SOUSA, C. R. **Contribuição da religiosidade para qualidade de vida do idoso**. 2011. 89f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) - Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade do Rio Grande do Sul, Porto Alegre (RS), 2011.

SOUZA, M. C. M. R.; FREITAS, M. I. F. Representações de profissionais da atenção básica sobre HIV/aids. **Rev Min Enferm.**, v.13, n.4, p.499-505, 2009.

STEINER, D. L.; NORMAN, G. R. **Health measurement scales**. 3<sup>rd</sup> ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

TAUILY, T. C. D.; GONDIM, F. A. A.; MACÊDO, D. S.; MOREIRA-LAMIEDA, A.; GURGEL, L. A.; ANDRADE, L. M. S *et al.* Validação da versão brasileira da escala de religiosidade de Duke (DUREL). **Rev Psiq Clín**, v.39, n.4, p.130-135, 2012.

TREVINO, K. M.; PARGAMENT, K. I.; COTTON, S.; LEONARD, A. C.; HAHN, J.; CAPRINI-FAIGIN, C. A *et al.* Religious coping and physiological, social, and spiritual outcomes in patients with HIV/AIDS: cross-sectional and longitudinal findings. **AIDS Behav.**, v.14, n.2, p.379-389, 2010.

TSEVAT, J.; LEONARD, A.C.; SZAFIARSKI, M.; SHERMAN, S.N.; COTTON, S.; MRUS, J.M.; FEINBERG, J. Change in quality of life after being diagnosed with HIV: a multicenter longitudinal study. **AIDS Patient Care STDS.**, v.23, n.11, p.932-937, 2009.

UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. **Reporto in the global aids epidemic**. 2010. WHO Library. Disponível em: [http://www.unaids.org/GlobalReport/Global\\_report.htm](http://www.unaids.org/GlobalReport/Global_report.htm). Acesso em: 13 jul. 2012.

WHOQOL (World Health Organization's Quality of Life Instrument) HIV Group. Initial steps to development the World Health Organization's Quality of life instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. **Aids Care**, v.15, n.3, p.347-357, 2003.

WOOD, G. L.; HABER, J. Desenhos não experimentais. In: WOOD, G. L.; HABER, J. **Pesquisa em enfermagem – métodos, avaliação crítica e utilização**. 4<sup>a</sup> ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 2001.

ZIMPEL, R.; FLECK, M. **Instrumento WHOQOL**. Manual do usuário. Saúde mental: pesquisa e evidência. Genebra: Organização Mundial da Saúde, 2005.

## APÊNDICES

### APÊNDICE A – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a). Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **RELIGIOSIDADE, ADESÃO E QUALIDADE DE VIDA EM PESSOAS VIVENDO COM AIDS EM USO DE ANTIRRETROVIRAIS**, que tem como objetivo geral desenvolver atendimento aos clientes a confirmação do diagnóstico de HIV/aids. Durante o atendimento iremos perguntar diversos dados sobre sua identificação e sobre o seu acompanhamento de saúde, além de avaliar alguns parâmetros de saúde mediante uso de instrumentos específicos, também chamados de escalas, como a de qualidade de vida, a de religiosidade e a de adesão aos antirretrovirais. Esse processo demorará aproximadamente 40 minutos e não lhe trará riscos ou prejuízos para sua saúde. A sua participação será espontânea. Caso aceite, mas em algum momento quiser desistir, terá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para seu tratamento na instituição. Também esclarecemos que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identidade de ninguém.

Informo que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo. A qualquer momento poderemos esclarecer eventuais dúvidas. Caso necessite você poderá ter acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Informo que o principal investigador é Maria Luciana Teles Fiuza. Ela poderá ser encontrada no endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 Rodolfo Teófilo Fortaleza-CE CEP: 60430-160. Ela atende nos telefones: (85) 3366 8455 Fax: (85) 3366 8451.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC. Este comitê fica na Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589, e-mail: cephuwc@huwc.ufc.br.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 20\_\_

\_\_\_\_\_  
Assinatura do paciente

\_\_\_\_\_  
Assinatura da testemunha. Para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do responsável pelo estudo

**APÊNDICE B**  
**QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO E DE SAÚDE: PACIENTES EM USO DE TARV**

Nome: \_\_\_\_\_ N. Pront: \_\_\_\_\_  
 Endereço: Rua: \_\_\_\_\_ n. \_\_\_\_\_ Compl. \_\_\_\_\_  
 Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade \_\_\_\_\_ Telefone pessoal: \_\_\_\_\_  
 Pessoa para contato: \_\_\_\_\_ Tel da pessoa: \_\_\_\_\_

<b>1) Data da entrevista (DD/MM/AA)</b>	<b>DEN</b> / /		
<b>2) Data de Nascimento (DD/MM/AAAA)</b>	<b>DN</b> / /		
<b>3) Sexo:</b> 1 ( ) M, 2 ( ) F	<b>SEX</b>		
<b>4) Cor (autoinformada):</b> 1 ( ) Branca, 2 ( ) Preta, 3 ( ) Amarela, 4 ( ) Parda, 5 ( ) Indígena	<b>RAC</b>		
<b>5) Escolaridade em anos:</b> _____ (Zero se não estudou)	<b>ESC</b>		
<b>6) Estado Civil?</b> 1 ( ) Solteiro, 2 ( ) Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado, 3 ( ) Divorciado/Separado, 4 ( ) Viúvo.	<b>ECI</b> _____		
<b>7) Qual sua categoria de exposição?</b> 1 ( ) Sexual, 2 ( ) T.Vertical, 3 ( ) Sanguínea/transf, 4 ( ) Sanguínea/UDE, 5 ( ) Acidente perf/cort, 6 ( ) Outro	<b>CTE</b> _____		
<b>8) Qual sua orientação sexual?:</b> 1 ( ) Heterossexual 2 ( ) Homossexual 3 ( ) Bissexual	<b>OSE</b> _____		
<b>9) Mora com parceiro?</b> 1 ( ) Sim / 0 ( ) Não	<b>MCP</b>		
<b>10) Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro?:</b> 1 ( ) Positiva, 2 ( ) Negativa, 3 ( ) Não sabe/Não fez, 4 ( ) Sem parceiro	<b>SRP</b> _____		
<b>11) Número de filhos?</b> _____ (0=Nenhum)	<b>FIL</b> _____		
<b>12) Qual é a sua religião?</b> 1 ( ) Católica, 2 ( ) Evangélica, 3 ( ) Espírita, 4 ( ) Outra, 5 ( ) Sem Religião.	<b>REL</b> _____		
<b>13) Situação Ocupacional:</b> 1 ( ) Empregado, 2 ( ) Desempregado 3 ( ) Aposentado	<b>OCU</b> _____		
<b>14) Número de pessoas que moram no mesmo domicílio:</b> _____	<b>NPD</b> _____		
<b>15) Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos):</b> R\$ _____.	<b>RMF</b> _____		
<b>16) Tempo de Diagnóstico HIV Positivo?</b>	<b>DHV</b> _____		
<b>17) Em uso de TARV há quantos meses? (0=Não usa TARV)</b>	<b>TRV</b> _____		
<b>18) Qual o nº de comprimidos que você toma (TARV):</b> _____	<b>CMP</b> _____		
<b>19) Qual a posologia (frequência da dose):</b> _____	<b>POS</b> _____		
<b>20) Número de Internações por complicações do HIV (0=Nenhuma)?</b>	<b>NIH</b> _____		
<b>21) Número de Internações Psiquiátricas nos últimos 12 meses? (0=Nenhuma)</b>	<b>NIP</b> _____		
<b>22) Em uso atual de medicação psiquiátrica:</b> 1 ( ) Sim, 2 ( ) Não	<b>PSI</b>		
<b>23) Meses em uso de Antidepressivo</b> _____ (0=Não utiliza)	<b>PAD</b>		
<b>24) Meses em uso de Estabilizador de Humor</b> _____ (0=Não utiliza)	<b>PEH</b>		
<b>25) Meses em uso de Antipsicótico</b> _____ (0=Não utiliza)	<b>PAP</b>		
<b>26) Meses em uso de Benzodiazepínico</b> _____ (0=Não utiliza)	<b>PBZ</b>		
<b>Dados do Prontuário</b>			
<b>27) Medicamentos em uso - Marque um x no que usa atualmente:</b>			
1 ( ) Abacavir	7 ( ) Zidovudina	13 ( ) Indinavir	<b>MED</b> _____
2 ( ) Bivir	8 ( ) Efavirez	14 ( ) Leopinavir	
3 ( ) Didanosina	9 ( ) Nevirapina	15 ( ) Ritonavir	<b>Digitar</b>
4 ( ) Estavudina	10 ( ) Fusamperenavir	16 ( ) Saquinavir	<b>Utilizando “;”</b>
5 ( ) Lamivudina	11 ( ) Atazanavir	17 ( ) Raltegravir	<b>para separar</b>
6 ( ) Tenofovir	12 ( ) Darunavir	18 ( ) Enfuvirtida	<b>Ex. 1;2;3;...</b>
<b>28) CD4</b> _____	<b>CD4</b>		
<b>29) CD4%</b> _____	<b>CDP</b>		
<b>30) CD4 Data (DD/MM/AA)</b>	<b>CDD</b> / /		
<b>31) CARGA VIRAL</b> _____	<b>CAV</b>		
<b>32) Carga Viral Log</b> _____	<b>LCV</b> _____		
<b>33) Carga Viral Data (DD/MM/AA)</b>	<b>CVD</b> / /		

## ANEXO

**ANEXO A QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-HIV)**

**Instruções:** Gostaríamos de conhecer alguns aspectos sobre a sua situação atual e sobre seu tratamento. A informação que você proporcione será estritamente confidencial. Por favor, responda a todas as perguntas pessoalmente. Marque a opção que melhor se adequar ao seu caso e lembre-se de que não há respostas “certas” ou “erradas”.

<b>DURANTE A ÚLTIMA SEMANA</b>	<b>Sempre</b>	<b>Mais da metade das vezes</b>	<b>Aproximadamente a metade das vezes</b>	<b>Alguma vez</b>	<b>Nenhuma vez</b>	
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?	1	2	3	4	5	CET1 _____
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?	1	2	3	4	5	CET2 _____
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?	1	2	3	4	5	CET3 _____
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?	1	2	3	4	5	CET4 _____
5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? (1=SIM   2=NÃO) _____ (escrever os nomes)						CET5 _____
	<b>Ruim</b>	<b>Um pouco ruim</b>	<b>Regular</b>	<b>Pode melhorar</b>	<b>Boa</b>	
6. Como é a relação que mantém com o seu médico?	1	2	3	4	5	CET6 _____
	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>	
7. Quanto esforço você faz para seguir (cumprir) com o seu tratamento?	1	2	3	4	5	CET7 _____
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?	1	2	3	4	5	CET8 _____
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?	1	2	3	4	5	CET9 _____
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?	1	2	3	4	5	CET10 _____
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?	1	2	3	4	5	CET11 _____

	Nunca	Algumas vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Muitas vezes	Sempre	
12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?	1	2	3	4	5	CET12 _____
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?	1	2	3	4	5	CET13 _____
	<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>	
14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?	1	2	3	4	5	CET14 _____
	<b>Muito intensos</b>	<b>Intensos</b>	<b>Medianamente e intensos</b>	<b>Pouco intensos</b>	<b>Nada intensos</b>	
15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?	1	2	3	4	5	CET15 _____
	<b>Muito tempo</b>	<b>Bastante tempo</b>	<b>Regular</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nada de tempo</b>	
16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?	1	2	3	4	5	CET16 _____
	<b>Nada cumpridor</b>	<b>Pouco cumpridor</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito cumpridor</b>	
17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a tomada dos remédios para o HIV?	1	2	3	4	5	CET17 _____
	<b>Muita dificuldade</b>	<b>Bastante dificuldade</b>	<b>Regular</b>	<b>Pouca dificuldade</b>	<b>Nenhuma dificuldade</b>	
18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?	1	2	3	4	5	CET18 _____
19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? (1=SIM   2=NÃO)						CET19 _____
20. (Se responder afirmativamente): Quantos dias aproximadamente? _____						CET20 _____
21. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? (1=SIM   2=NÃO)						CET21 _____

## ANEXO B

**QUESTIONÁRIO PARA AVALIAÇÃO DE QUALIDADE DE VIDA  
(WHOQOL-HIV BREF)**

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. 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.

<b>Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta.</b>						
	Muito Ruim	Ruim	Nem Ruim Nem Boa	Boa	Muito Boa	
1. Como você avaliaria sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5	WO1__
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
2. Quão satisfeito(a) você está com a sua saúde?	1	2	3	4	5	WO2__
<b>As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas.</b>						
	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente	
3. Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5	WO3__
4. 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	WO4__
5. Quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5	WO5__
6. O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5	WO6__
7. Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5	WO7__
8. Você se incomoda com o fato das pessoas lhe responsabilizarem pela sua condição de HIV?	1	2	3	4	5	WO8__
9. O quanto você tem medo do futuro?	1	2	3	4	5	WO9__
10. O quanto você se preocupa com a morte?	1	2	3	4	5	WO10__

	Nada	Muito Pouco	Mais ou Menos	Bastante	Extremamente	
11. O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5	WO11__
12. Quão seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5	WO12__
13. Quão saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5	WO13__
<b>As questões seguintes perguntam sobre quão completamente você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nestas últimas duas semanas.</b>						
	Nada	Muito Pouco	Médio	Muito	Completamente	
14. Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO14__
15. Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5	WO15__
16. Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5	WO16__
17. Em que medida você se sente aceito pelas pessoas que você conhece?	1	2	3	4	5	WO17__
18. Quão disponíveis para você estão <b>Muito Insatisfeito</b> as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO18__
19. Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5	WO19__
	Muito ruim	Ruim	Nem ruim nem bom	Bom	Muito bom	
20. Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5	WO20__
<b>As questões seguintes perguntam sobre quão bem ou satisfeito você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.</b>						
	Muito Insatisfeito	Insatisfeito	Nem Satisfeito Nem Insatisfeito	Satisfeito	Muito Satisfeito	
21. Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5	WO21__
22. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5	WO22__
23. Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5	WO23__
24. Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5	WO24__
25. Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5	WO25__
26. Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5	WO26__
27. Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5	WO27__
28. Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5	WO28__

	<b>Muito Insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Nem Satisfeito Nem Insatisfeito</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito Satisfeito</b>	
<b>29.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5	WO29__
<b>30.</b> Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5	WO30__
<b>31.</b> Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5	WO31__

**ANEXO C**  
**ÍNDICE DE RELIGIOSIDADE DA UNIVERSIDADE DUKE**

<b>(1)</b> Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mais do que uma vez por semana</li> <li>2. Uma vez por semana</li> <li>3. Duas a três vezes por mês</li> <li>4. Algumas vezes por ano</li> <li>5. Uma vez por ano ou menos</li> <li>6. Nunca</li> </ol>	DUK1 _____
<b>(2)</b> Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mais do que uma vez ao dia</li> <li>2. Diariamente</li> <li>3. Duas ou mais vezes por semana</li> <li>4. Uma vez por semana</li> <li>5. Poucas vezes por mês</li> <li>6. Raramente ou nunca</li> </ol>	DUK2 _____

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

<b>(3)</b> Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente verdade para mim</li> <li>2. Em geral é verdade</li> <li>3. Não estou certo</li> <li>4. Em geral não é verdade</li> <li>5. Não é verdade</li> </ol>	DUK3 _____
<b>(4)</b> As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente verdade para mim</li> <li>2. Em geral é verdade</li> <li>3. Não estou certo</li> <li>4. Em geral não é verdade</li> <li>5. Não é verdade</li> </ol>	DUK4 _____
<b>(5)</b> Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Totalmente verdade para mim</li> <li>2. Em geral é verdade</li> <li>3. Não estou certo</li> <li>4. Em geral não é verdade</li> <li>5. Não é verdade</li> </ol>	DUK5 _____

**ANEXO D**  
**APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

HUWC/UFC  
Comitê de Ética em Pesquisa  
Cód. CEP-040.06.12



**UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ**  
**HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO**  
**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**  
Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE  
FONE: (85) 3366-8589 / 3366.8613 E-MAIL: [cephuwc@huwc.ufc.br](mailto:cephuwc@huwc.ufc.br)

Protocolo nº: 040.06.12

Pesquisador(a) Responsável: Marli Teresinha Gimeniz Galvão

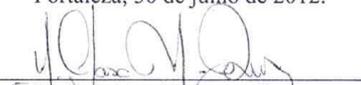
Departamento / Serviço: Ambulatório. de Infectologia/HUWC

Título do Projeto: “Avaliação de parâmetros de saúde e sociais de portadores do HIV em seguimento ambulatorial.”

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou o projeto de pesquisa supracitado e, em tendo sido atendidas as pendências, baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO**.

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 30/07/2013).

Fortaleza, 30 de julho de 2012.

  
Dr. José Ajax Nogueira Queiroz  
Coordenador Adjunto do CEP - HUWC