

# PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS: INFLUÊNCIA DAS CRENÇAS NA QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AO TRATAMENTO

PEOPLE LIVING WITH HIV / AIDS: INFLUENCE OF BELIEFS IN QUALITY OF LIFE AND ACCESSION TO TREATMENT

FRANCIELE DE OLIVEIRA GUILLEN<sup>1</sup>, GIULIANA ZARDETO<sup>2\*</sup>, AÚREA REGINA TELLES PUPULIN<sup>3</sup>, JANETE LANE AMADEI<sup>4</sup>

1. Acadêmica do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá - Paraná; 2. Pós Graduada em Análises Clínicas pela Faculdade Ingá (UNINGA), Maringá – Paraná; 3. Co-orientadora, Professora e Doutora da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá – Paraná; 4. Orientadora, Professora Mestre do Centro Universitário de Maringá (UNICESUMAR), Maringá - Paraná.

\* Rua São Salvador, 1462, Zona 02, Cianorte, Paraná, Brasil. CEP: 87200-448. [giu\\_zardeto@hotmail.com](mailto:giu_zardeto@hotmail.com)

Recebido em 13/10/2014. Aceito para publicação em 17/11/2014

## RESUMO

A adesão ao tratamento se destaca entre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que demanda dos pacientes mudanças comportamentais devido ao uso contínuo de medicamentos. Dentre os fatores que podem afetar a adesão pode-se observar a presença de crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento. Verificou-se a relação entre os aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais e os domínios/facetas de qualidade de vida e sua influência na adesão ao tratamento, utilizando instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida - *World Health Organization Quality of Life Group (WHOQOL-120HIV)* da Organização Mundial de Saúde. De acordo com os resultados obtidos, as facetas da qualidade de vida apresentaram significância estatística indicando a prevalência à adesão medicamentosa ao fator faixa etária, sendo que 56% dos pacientes que aderiram ao tratamento medicamentoso estão na faixa de idade de 37 a 60 anos. Com base no conjunto de resultados discutidos pode-se concluir que a religião/crença influencia na qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS, melhorando de forma significativa o convívio do paciente com a sociedade.

**PALAVRAS-CHAVE:** HIV/AIDS, Terapia antirretroviral, WHOQOL- 120HIV.

## ABSTRACT

The acceptance to the treatment is highlighted among the biggest challenges for HIV/AIDS patients, once it demands behavior changes from the patients due the continued use of medicines. Among the factor that can affect the acceptance it can be observed the presence of negatives believes and no appropriate information about the disease and the treatment. It can be verified a relationship among the aspects spirituality/religion/faiths, the standard of living domains/facets, and its influence in the

treatment acceptance, using evaluation tool of standard of living WHOQOL-120HIV of the World Health Organization. According with the obtained results, the facets of standard of living presents statistical significance indicating the prevalence to the medicine treatment acceptance to the age range factor. It was observed that 56% of the patients that accepted the treatment are in the 37-60 years range. Using the collection of results obtained it can be concluded that the religion/faith influences in the standard of living for patients living with HIV/AIDS, causing a significant improvement the patient relationship with the society.

**KEYWORDS:** HIV/AIDS, antiretroviral therapy, WHOQOL- 120HIV.

## 1. INTRODUÇÃO

Por religiosidade entende-se na medida em que um indivíduo acredita, segue e pratica uma religião (CALVETTI, MULLER e NUNES; 2008). Crenças pessoais podem ser quaisquer crenças/valores sustentados por um indivíduo e que caracterizam seu estilo de vida e comportamento, podendo haver sobreposição com espiritualidade, pois crenças pessoais não necessariamente são de natureza não-material, como o ateísmo (PANZINI *et. al.*; 2007). Influenciam diretamente nas atitudes dos seres humanos por serem valores que a pessoa sustenta formando a base de seu estilo de vida e de comportamento. A religiosidade e espiritualidade em pessoas com HIV/AIDS podem auxiliar como apoio social no ajustamento psicológico (NEVES e GIR; 2006).

O uso de medicamentos antirretrovirais no tratamento da Aids (Síndrome da imunodeficiência adquirida) permitiu uma melhora significativa na qualidade de vida

dos pacientes fazendo com que a mesma adquirisse características de doença crônica. Neste contexto, uma das dificuldades a serem superadas é a adesão do paciente ao tratamento (FIGUEIREDO, 2001).

A adesão ao tratamento se destaca entre os maiores desafios da atenção às pessoas vivendo com HIV/AIDS, uma vez que demanda de seus usuários mudanças comportamentais, dietéticas, o uso de diversos medicamentos por toda a vida. O segredo sobre o HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) pode ter impacto negativo na adesão, na medida em que a pessoa receia que terceiros desconfiem de seu soro positivo ao descobrirem que usa determinados remédios, por exemplo. Esconder o diagnóstico pode significar deixar de fazer muitas coisas do próprio tratamento, como: ir às consultas, fazer exames, pegar os medicamentos e tomá-los nos horários e doses recomendados. Entre os fatores que podem afetar a adesão pode-se observar a presença de crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento (BRASIL, 2008).

A percepção de não ter controle sobre a doença – sem cura, muitas vezes ainda percebida como sinônimo de morte e altamente estigmatizante – pode remeter a conteúdos religiosos no processo de enfrentamento, com possibilidade de influências diversas sobre o bem-estar subjetivo (FARIA; SEIDL, 2006).

As atitudes e crenças dos pacientes a respeito da medicação, a enfermidade e a equipe assistencial são fatores indiscutíveis na hora de aceitar o tratamento proposto e realizá-lo de forma correta (FIGUEIREDO, 2001).

As relações possíveis entre pertencimento religioso e AIDS podem tomar caminhos muito diversos, a serem explorados em particularidade, não sendo possíveis generalizações, em que ficam mascarados elementos diferenciais importantes (SEFFNER *et al.*, 2008).

Os modos de enfrentamento diante de uma situação nova modificam-se, dependendo de fatores pessoais (características de personalidade, conhecimentos e crenças sobre a enfermidade e o tratamento, entre outros) e socioambientais (disponibilidade de apoio social, acesso a serviços de saúde e a recursos da comunidade, entre outros). Mudança de crenças sobre a enfermidade, a disponibilidade de apoio social e o melhor conhecimento sobre HIV/AIDS parecem favorecer a adoção de respostas de enfrentamento que propiciem a adesão ao tratamento (BRASIL, 2008).

O tratamento medicamentoso, além do diagnóstico, tende a gerar impacto e sentimentos negativos, tais como ansiedade e tristeza, tornando-se necessária uma readaptação na convivência com a doença (CALVETTI, MULLER e NUNES; 2008).

O fato da pessoa soropositiva para o HIV ter apresentado ou ainda estar apresentando sintomas propicia o desenvolvimento da religiosidade-espiritualidade como fonte de apoio emocional e/ou social (CALVETTI,

MULLER e NUNES; 2008).

A identificação das percepções acerca da infecção pelo HIV/AIDS revelou nuances em que podemos compreender as crenças que influenciam essa adesão (NEVES, *et al.*; 2006).

As estimativas derivadas de dados empíricos são essenciais para a avaliação da situação do HIV em diferentes partes do mundo e as tendências são utilizadas no monitoramento do desenvolvimento de epidemias regionais, mantendo assim as atividades de intervenção centrada nas realidades (MERTENSAL; BEER-LOW, 1996).

Os instrumentos de avaliação da qualidade de vida têm sido introduzidos nas investigações na área da saúde para melhor avaliar os problemas que interferem com o bem-estar e com o estilo de vidas dos doentes.

Este estudo foi desenvolvido com objetivo de verificar a relação entre os Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais e os domínios/facetetas de qualidade de vida e sua influência na adesão ao tratamento.

## 2. MATERIAL E MÉTODOS

Estudo transversal quantitativo de caráter correlacional realizado no período de julho a setembro de 2011 abordando 25 indivíduos vivendo com HIV/AIDS atendidos no Projeto Núcleo de estudos e apoio aos pacientes HIV/AIDS da Universidade Estadual de Maringá. Os critérios de inclusão foram: ser HIV positivo, de 18 a 60 anos, ambos os sexos, residentes na região metropolitana de Maringá - PR.

A participação dos sujeitos foi caracterizada através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) em duas vias respeitando-se a recusa daqueles que decidirem não participar.

Os dados foram obtidos através da aplicação de instrumento elaborado pelo pesquisador contendo dados sociodemográficos - sexo, idade, escolaridade, estado civil, preocupação com a saúde, se faz uso de medicação antirretroviral, e o tempo de uso desta medicação e as variáveis de qualidade de vida obtidas através do instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida - *World Health Organization Quality of Life Group* (WHO-QOL-120HIV) da Organização Mundial de Saúde. Este instrumento é constituído seis domínios e suas facetetas: Domínio I - Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso); Domínio II - Psicológico (sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, autoestima, imagem corporal e aparência, sentimentos negativos); Domínio III - Nível de Independência (mobilidade, atividades da vida diária, dependência de medicação ou tratamentos, capacidade de trabalho); Domínio IV - Relações Sociais (relações pessoais, apoio social, atividade sexual, inclusão social); Domínio V - Ambiente (segurança física, ambiente no lar,

recursos econômicos, cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade; oportunidades para adquirir novas informações e competências; participação e/ou oportunidades de recreio e lazer, ambiente físico (poluição/ barulho/ trânsito/ clima, transporte); Domínio VI – Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais (espiritualidade/ religião/crenças pessoais, perdão e culpa, preocupações sobre o futuro, morte e morrer).

Os dados coletados foram computados em planilhas do software Microsoft Excel 2007. Foi utilizada para o estudo estatístico a ferramenta disponibilizada por PEDROSO; *et al.* (2008), desenvolvida a partir do software Microsoft Excel, que realiza os cálculos resultantes da aplicação do WHOQOL-120HIV, seguindo a sintaxe proposta pelo Grupo WHOQOL da OMS. Foram aplicados testes t não pareados para os domínios e as facetas considerando sempre com referência à média do domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais e da faceta Espiritualidade/religião/crenças. A análise das variáveis sociodemográficas foi realizada através do teste de associação de Fisher. Os testes foram realizados pelo software *Estatística 8.0 e SAS system 9.1*.

O projeto foi submetido e aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR) conforme certificado de aprovação nº 129/2011.

### 3. RESULTADOS E DISCUSSÃO

A análise das médias, de acordo com o sexo, não evidenciou associação significativa considerando nível de significância de 5% nas variáveis faixa de idade, estado civil, escolaridade, preocupação com a saúde, uso de medicamentos e tempo de uso de medicamento, em relação ao questionário sociodemográfico.

A apreciação por faixa de idade dos entrevistados (tabela 1) evidenciou associação com a escolaridade (p-valor=0.0002) e o uso ou não de medicamento (p-valor=0.0154) considerando nível de significância de 5%.

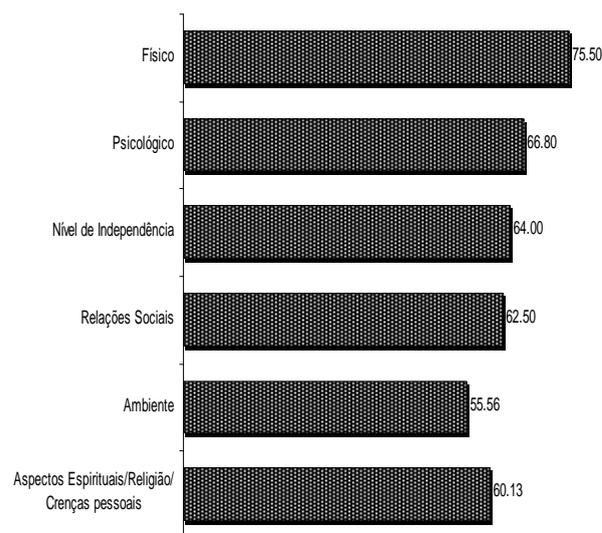
A prevalência para a faixa de idade de 37 a 60 anos com 48% para indivíduos com menos de 8 anos de estudo (ensino fundamental incompleto) caracteriza a baixa escolaridade e 56% em uso de medicamento tendo uma melhor adesão medicamentosa.

A prevalência de pessoas acima de 50 anos apresentando algum tipo de doença crônica, dentre elas a Aids foi constatado por Silva & Azevedo (2010). A caracterização da relação entre baixa escolaridade e adesão foi caracterizada por Faustino & Seidl (2010) afirmando que baixa escolaridade e algumas habilidades cognitivas são insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento. A dependência de medicação e tratamento refere-se à percepção de que o prazo indefinido do tratamento e a perspectiva de cronicidade levam a uma situação de uso permanente da medicação.

**Tabela 1.** Características dos pacientes entrevistados por faixa de idade.

Variáveis	Idade						Total		p-valor*	
	18 a 24 anos		24 a 36 anos		37 a 60 anos		n	%		
Sexo	Feminino	—	—	7	28.0	11.0	44.0	18	72.0	0.1646
	Masculino	1	4.0	1	4.0	5.0	20.0	7	28.0	
Estado Civil	Casado (a)	—	—	3	12.0	1	4.0	4	16.0	0.5174
	Separado (a)	—	—	1	4.0	3	12.0	4	16.0	
	Solteiro (a)	1	4.0	3	12.0	11	44.0	15	60.0	
	Vivendo como casado(a)	—	—	1	4.0	1	4.0	2	8.0	
Escolaridade	Ensino Superior incompleto	1	4.0	—	—	—	—	1	4.0	0.0002
	Ensino fundamental incompleto	—	—	5	20.0	12	48.0	17	68.0	
	Ensino médio completo	—	—	3	12.0	3	12.0	6	24.0	
	Ensino médio incompleto	—	—	—	—	1	4.0	1	4.0	
Preocupação com a saúde	Bastante	1	4.0	1	4.0	8	32.0	10	40.0	0.5277
	Extremamente	—	—	2	8.0	2	8.0	4	16.0	
	Mais ou menos	—	—	5	20.0	4	16.0	9	36.0	
	Muito Pouco	—	—	—	—	1	4.0	1	4.0	
Usa medicamento	Não	1	4.0	5	20.0	2	8.0	8	32.0	0.0154
	Sim	—	—	3	12.0	14	56.0	17	68.0	
Tempo de medicamento	De 1 a 4 anos	—	—	1	4.0	1	4.0	2	8.0	0.2999
	De 10 a 15 anos	—	—	1	4.0	5	20.0	6	24.0	
	De 5 a 9 anos	—	—	2	8.0	8	32.0	10	40.0	
	Menos de 1 ano	1	4.0	4	16.0	2	8.0	7	28.0	

\* Teste de Fisher



**Figura 1.** Comparação das médias dos domínios.

A análise comparativa dos domínios do questionário WHOQOL-120HIV está apresentada na Figura 1 caracterizando que entre as médias, na população estudada, o domínio físico foi maior (75,5) e o domínio ambiente a menor (55,56).

Na Tabela 2 apresentamos que a média do domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais difere somente da média do domínio físico (p-valor=0.0007) considerando nível de significância de 5%. Se considerada significância estatística de 10% o domínio psicológico também teria média significativamente diferente (p-valor=0.0537).

**Tabela 2.** Comparação do domínio Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais com os outros domínios do WHOQOL – 120HIV

Domínios	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Mínimo	Máximo	Amplitude	p-valor*
Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais	13.6	1.7	12.8	10.3	18.0	7.8	0.000
Físico	14.1	3.0	18.5	9.3	20.5	10.3	0.053
Psicológico	14.7	2.2	15.0	11.2	19.0	8.8	0.376
Nível de Independência	14.2	2.9	20.4	7.0	17.0	12.0	0.449
Relações Sociais	14.0	2.0	14.4	8.8	17.5	8.8	0.1186
Ambiente	12.9	1.4	11.1	10.6	17.5	6.9	

\* Teste t não pareado

\*\* Significativo considerando 5% de significância

\*\*\* Significativo considerando 10% de significância

A relação entre o domínio Espiritualidade/ religião/crenças pessoais (Média 13.8) e as facetas da qualidade de vida (QV), observou-se significância estatística indicando presença de maiores dificuldades e insatisfação (tabela 3) nas dimensões com menor média.

**Tabela 3.** Comparação Espiritualidade/religião/crenças pessoais com outras facetas do WHOQOL – 120 HIV

Domínios /Facetas	Média	Desvio Padrão	Coefficiente de Variação	Mínimo	Máximo	Amplitude	p-valor*
<b>Domínio I – FÍSICO</b>							
Dor e desconforto	17.4	4.1	23.3	7	20	13	0.0015
Energia e fadiga	15.3	2.9	18.8	9	20	11	0.1298
Sono e repouso	17.0	3.2	18.9	9	20	11	0.0021
<b>Domínio II – PSICOLOGICO</b>							
Sintomas de PVHAs	14.7	3.1	21.1	9	20	11	0.3689
Sentimentos positivos	13.2	3.5	26.1	8	20	12	0.5622
Pensar, aprender, memória e concentração	14.8	2.2	14.5	11	20	9	0.2849
Auto-estima	15.0	2.8	18.5	11	20	9	0.220
Imagem corporal e aparência	13.7	2.5	18.3	11	20	9	0.9163
Sentimentos negativos	16.7	2.9	17.3	9	20	11	0.0041
<b>Domínio III – NÍVEL DE INDEPENDÊNCIA</b>							
Mobilidade	16.9	2.9	17.0	8	20	12	0.0023
Atividades da vida cotidiana	16.5	2.9	17.7	8	20	12	0.0074
Dependência de medicação ou de tratamentos	8.5	6.5	76.4	4	20	16	0.0002
Capacidade de trabalho	15.0	2.9	19.1	8	20	12	0.2242
<b>Domínio IV – RELAÇÕES SOCIAIS</b>							
Relações pessoais	14.7	1.8	12.4	12	18	6	0.3231

Suporte (apoio) social	12.7	2.1	16.4	10	18	8	0.2367
Atividade sexual	15.4	3.2	20.8	5	20	15	0.1153
Inclusão social	13.2	2.5	18.9	7	18	11	0.5290
<b>Domínio V – AMBIENTE</b>							
Segurança física e proteção	11.5	1.4	12.1	8	14	6	0.0114
Ambiente no lar	12.8	2.9	22.3	4	20	16	0.3104
Recursos financeiros	8.4	1.8	21.8	6	13	7	0.0001
Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade	16.6	1.6	9.4	12	20	8	0.0025
Oportunidades de adquirir novas informações e habilidades	15.6	2.4	15.4	10	20	10	0.0599
Participação em, e oportunidades de recreação/lazer	11.6	3.2	27.3	8	20	12	0.0316
Ambiente físico: (poluição/ruído/trânsito/clima)	12.6	1.4	11.4	11	17	6	0.1795
Transporte	14.0	2.1	14.9	10	18	8	0.8289
<b>Domínio VI - ESPIRITUALIDADE/RELIGIÃO/CRENÇAS PESSOAIS</b>							
Espiritualidade/religião/crenças pessoais	13.8	5.2	37.7	4	20	16	Referência
Perdão e culpa	13.7	3.4	24.9	9	20	11	0.9223
Preocupações sobre o futuro	15.6	3.2	20.5	8	20	12	0.0771
Morte e morrer	11.3	3.9	34.7	4	18	14	0.0221
Qualidade de Vida do ponto de vista do avaliado	13.1	2.0	15.6	9	19	10	0.4472

\* Teste t não pareado

\*\* Significativo considerando 5% de significância

O domínio I - Físico: Dor e desconforto (17.4; p=0.0015) e Sono e repouso (17.0; p=0.0021). As medidas baixas deste domínio são justificadas por Calvetti, Muller e Nunes (2008) ao explicar que as crenças religiosas e espirituais têm demonstrado ser um recurso auxiliar no enfrentamento de eventos estressores, juntamente com aspectos de dor, sentimentos negativos que influenciam na qualidade de vida desses pacientes, (CALVETTI, MULLER e NUNES, 2008; NEVES e GIR; 2006).

O domínio II – Psicológico: Sentimentos negativos (16.7; p=0.0041) é esclarecido por Faustino & Seidl (2010) alegando que a presença de sentimentos negativos pode ser atribuída a dificuldades emocionais associadas à soropositividade, podendo configurar quadros de depressão ou de ansiedade, com diferentes níveis de gravidade, dificultando a adesão medicamentosa. Silva & Azevedo (2010) ao relatar que estes sentimentos são decorrentes dos estados de instabilidade emocional, os episódios depressivos e o sofrimento psíquico vivenciados pelas pessoas soropositivas para o HIV/AIDS. E por Calvetti, Muller e Nunes (2008) lembrando que além do diagnóstico, o tratamento medicamentoso, tende a gerar impacto e sentimentos negativos, tais como ansiedade e

tristeza, tornando-se necessária uma readaptação na convivência com a doença.

O domínio III - Nível de Independência: Mobilidade (16.9;  $p=0.0023$ ); Atividades da vida cotidiana (16.5;  $p=0.0074$ ); Dependência de medicação ou de tratamentos (8.5;  $p=0.0002$ ). Nos períodos que antecederam a era dos antirretrovirais, o relato do diagnóstico à família e amigos não era uma questão de escolha, mas sim de necessidade, pois as consequências clínicas das doenças oportunistas eram rápidas e a debilitação física evidente dificultando as atividades cotidianas (GALVÃO, CERQUEIRA e MACHADO; 2004). Nos dias atuais o tratamento é realizado com medicamentos para o controle das infecções oportunistas, exames clínicos e laboratoriais para o controle da evolução da doença e utilização de terapia combinada, usualmente com três drogas antirretrovirais (FARIA & Seidl; 2006). Todos os antirretrovirais produzem efeitos colaterais importantes, interagem com outras medicações e afetam o comportamento e a afetividade dos pacientes (FILHO & SOUZA; 2004).

O domínio V – Ambiente: Segurança física e proteção (11.5;  $p=0.0114$ ); Recursos financeiros (8.4;  $p=0.0001$ ); Cuidados de saúde e sociais: disponibilidade e qualidade (16.6;  $p=0.0025$ ); participação em, e oportunidades de recreação/lazer (11.6;  $p=0.0316$ ). A baixa média para o domínio ambiente se justifica porque o medo do preconceito dificulta a expressão sobre a condição de saúde, o que pode limitar a obtenção de apoio social de pessoas vinculadas ao grupo religioso (FARIA & SEIDL; 2006). A renda pode indicar estimativas quanto ao acesso de bens materiais e serviços de saúde, existe uma relação existente entre baixa renda e comprometimentos com estado de saúde (FONSECA, *et al.*, 2000). Estudo realizado por Faria & Seidl (2006) indicou a religião como importante fonte de suporte e integração social onde os altos níveis de espiritualidade e enfrentamento religioso estavam positivamente correlacionados com a frequência de suporte social recebido. A participação e oportunidades de recreação e lazer, a associação justifica-se pelo impacto que a presença ou a ausência de atividades de diversão e distração podem ter sobre o bem-estar psicológico (SEIDL, ZANNON, TRÓCCOLI; 2005).

O domínio VI - Espiritualidade e crenças: Morte e morrer (11.3;  $p=0.0221$ ) é explicada por Silva & Azevedo (2010) ao conotar que a pessoa soropositiva, se encontra totalmente despreparada para lidar com a situação, sentindo culpa e vergonha perante a sociedade fazendo com que ela se afaste da sociedade, apresentam sensação de proximidade da morte.

#### 4. CONCLUSÃO

Este estudo demonstrou a presença de alguns fatores, que influenciam de forma positiva na sua qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS que estão dire-

tamente relacionados religião/crenças.

A busca maior pela religiosidade e espiritualidade ocorre porque a adesão ao tratamento medicamentoso se torna um obstáculo difícil de ser superado e enfrentado por esses pacientes. O diagnóstico de HIV/AIDS exige mudanças na vida da pessoa que diminuem a qualidade de vida desses pacientes. Entre elas o tratamento com medicamentos antirretrovirais (ingesta de vários comprimidos, efeitos adversos a medicação) e a exigência de consultas periódicas para obtenção dos mesmos.

Com a dificuldade de aceitação essas pessoas buscam ajuda em grupos de apoio, salas de conversação sobre o HIV/AIDS, e grupos religiosos com o intuito de obter informações e conhecimento com outras pessoas que vivenciam a mesma situação.

Por meio da religião o indivíduo interage com a comunidade diminuindo os efeitos da segregação social normalmente atrelado à doença, à alienação e à religião gerando uma percepção de segurança. A crença serve como apoio emocional, social e no suporte dos problemas da vida cotidiana.

Essas pessoas, ao frequentar uma determinada religião culminam por aceitar e aprendem a conviver com o HIV/AIDS, tendo visto que, a fé que esses indivíduos possuem dá a esperança de cura juntamente com o tratamento medicamentoso auxiliando no enfrentamento de problemas pessoais, sociais e emocionais apresentando como consequência maior adesão ao tratamento com antirretrovirais.

Com base nos resultados discutidos pode se concluir que a religião/crença influencia na qualidade de vida em pessoas vivendo com HIV/AIDS, melhorando de forma significativa o convívio com a doença perante a sociedade.

#### REFERÊNCIAS

- [01] BRASIL. 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 / Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008.
- [02] CALVETTI, U. Prísla; MULLER, C. Marisa; NUNES, T. L. Maria. Qualidade de vida e bem-estar espiritual em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 3, p. 523-530, jul./set. 2008.
- [03] FARIA, B. Juliana; SEIDL, M. F. Eliane. Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 11, n. 1, p. 155-164, jan./abr. 2006.
- [04] FAUSTINO, Q. M; SEIDL, E. M. F. Intervenção cognitivo-comportamental e comportamento de adesão ao tratamento anti-retroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psic.: Teor. e Pesq.*, Brasília, Jan-Mar, Vol. 26 n. 1, pp. 121-130; 2010.
- [05] FIGUEIREDO, R. *et al.* Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades rela-

- tadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001.
- [06] FILHO, S. N.; SOUZA, R. L.. Associação entre o diagnóstico adaptativo, indicadores de evolução clínica e o teste de relações objetivas em pacientes com infecção pelo HIV-1, doentes ou não. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 5 (2), 195-213; 2004.
- [07] FONSECA, M. G., *et. al.*, AIDS e escolaridade no Brasil: Evolução temporal de 1986 a 1996. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 16 (1): 77-87, 2000.
- [08] GALVÃO, G.T. Marli; CERQUEIRA, R. A. T. Ana; MACHADO, M. Jussara. Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/AIDS através do HAT- QoL. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 20 (2):430-437, mar/abr, 2004.
- [09] MERTENSAL, T.E.; BEER – LOW, D.. HIV and AIDS: where is the epidemic going?. *Bulletin of the World Health Organization*; 74 (2): 121-129; 1996.
- [10] NEVES, A. S. Aparecida; GIR, Elucir. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. *Rev Latino-am Enfermagem*; setembro-outubro, 2006.
- [11] PANZINI, R. G, *et.al.* Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiq. Clín.* 34, supl 1; 105-115, 2007.
- [12] PEDROSO, B.; *et al.* Qualidade de Vida: uma ferramenta para o cálculo dos escores e estatística descritiva do WHOQOL-120 HIV – Validação da sintaxe unificada para o cálculo dos escores dos instrumentos WHOQOL Conexões: revista da Faculdade de Educação Física da UNICAMP, Campinas, v. 9, n. 1, p. 130-156, jan./abr. ISBN: 1983-9030; 2011.
- [13] SEFFNER, F; *et.al.* Respostas religiosas à AIDS no Brasil: impressões de pesquisa. Published in final edited form as: *Urbanitas*. 10 (10): 159–180; 2008.
- [14] SEIDL, F.M.E.; ZANNON, C.M.L.C.; TRÓCCOLI, T.B. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*; 18(2), pp.188-195; 2005.
- [15] SILVA, J., S., A. A. W. & AZEVEDO, R. L. W. Variáveis de Impacto na Qualidade de Vida de Pessoas Acima de 50 Anos HIV+. *Psicologia: Reflexão Crítica*. Jan., vol.23, nº1, Porto Alegre; 2010.