

Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS¹

Ana Cristina de Oliveira e Silva²

Renata Karina Reis³

Jordana Almeida Nogueira²

Elucir Gir⁴

Objetivos: avaliar a qualidade de vida das pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana/síndrome da imunodeficiência adquirida e suas associações com características clínicas e adesão ao tratamento. Método: estudo transversal, realizado em um hospital do Estado da Paraíba. Utilizou-se questionário para caracterização sociodemográfica e clínica, escala de qualidade de vida (proposta pela Organização Mundial da Saúde) e escala de adesão ao tratamento (Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral). Resultados: dos 314 entrevistados, 190 (60,5%) eram do sexo masculino, idade média de 43 anos, 121(38,5%) contavam com até cinco anos de estudo, 108 (34,4%) recebiam até dois salários-mínimos e 112 (35,7%) estavam afastados das atividades laborais. Quanto às variáveis clínicas, identificou-se que os indivíduos com carga viral indetectável apresentaram maiores escores em todos os domínios de qualidade de vida, com diferença estatisticamente significativa em três domínios. Sobre a adesão ao tratamento, 235 (73,8%) apresentaram adesão insuficiente, os que apresentaram adesão estrita obtiveram melhores escores de qualidade de vida. Os resultados mostraram que a qualidade de vida é melhor para os aderentes ao tratamento antirretroviral. Apoiar as pessoas em tratamento para melhorar a adesão aos antirretrovirais deve ser tarefa constante dos profissionais de saúde e de outras pessoas que participam do tratamento, como familiares e amigos.

Descritores: HIV; Síndrome de Imunodeficiência Adquirida; Qualidade de Vida; Adesão à Medicação.

¹ Artigo extraído da tese de doutorado "Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids e sua associação com aspectos sociodemográficos, clínicos, psicoemocionais e adesão ao tratamento", apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

² PhD, Professor Adjunto, Departamento de Enfermagem Clínica, Universidade Federal da Paraíba, Paraíba, PB, Brasil.

³ PhD, Professor Doutor, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

⁴ PhD, Professor Titular, Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Centro Colaborador da OMS para o Desenvolvimento da Pesquisa em Enfermagem, Ribeirão Preto, SP, Brasil.

Introdução

O impacto da Terapia Antirretroviral (TARV), em pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (HIV/AIDS), contribuiu para a diminuição da mortalidade ou para doenças definidoras de HIV/AIDS em pacientes infectados ou doentes⁽¹⁾. O número de mortes relacionadas à AIDS entre adultos e crianças diminuiu 29% desde 2005. Na América Latina, na última década, observou-se diminuição de 37% de mortes por AIDS⁽²⁾. Isso, certamente, é resultado dos aportes terapêuticos que, além de prolongar a vida, promovem alteração na sua qualidade⁽³⁾.

A adesão ao tratamento, as alterações psicológicas e as características clínicas são fatores que estão diretamente associados à Qualidade de Vida (QV) das pessoas vivendo com HIV/AIDS. Consequentemente, têm-se buscado não somente métodos de prevenção e controle, mas estratégias para facilitar e melhorar a qualidade de vida das pessoas infectadas ou doentes. Enfrentar o HIV/AIDS significa deparar-se com situações que poderão diminuir ou limitar a qualidade de vida⁽¹⁾.

Condições de saúde, habitabilidade, emprego, segurança e relações sociais são fatores que, sob diferentes aspectos, afetam a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS. É um dos termos com maior expressão multifatorial, o que justifica as suas várias definições. Nesse estudo, optou-se por adotar a definição de qualidade de vida proposta pela Organização Mundial da Saúde (OMS), definida como a "percepção do indivíduo sobre a sua posição na vida, dentro do contexto dos sistemas de culturas e valores nos quais está inserido e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações"⁽³⁻⁴⁾.

Nesse contexto, a qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/AIDS e sua relação com a TARV tornou-se motivo de investigação. Muitos estudos buscam avaliar a QV dessas pessoas; porém, estudos que tratam da relação da QV e da TARV são escassos. Assim, o objetivo deste estudo foi avaliar a qualidade das pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua associação com fatores clínicos e adesão à terapia antirretroviral.

Método

Trata-se de estudo analítico, transversal, realizado em hospital de referência para doenças infecciosas do Estado da Paraíba, Brasil, localizado na cidade de João Pessoa.

A amostra do estudo foi composta por 314 pessoas vivendo com HIV/AIDS, obtida por conveniência, a partir de critério viável em dias de atendimento no hospital de referência. Os critérios de seleção foram: viver com o HIV/AIDS, estar em TARV há pelo menos três meses e possuir residência fixa no Estado da Paraíba, uma vez que o referido hospital recebe para tratamento e acompanhamento pacientes de outros Estados. Os dados foram coletados num período de quatro meses (dezembro de 2012 a março de 2013) por auxiliares da pesquisa que foram devidamente capacitados. O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Universidade Federal da Paraíba, Protocolo nº0405/12. É importante ressaltar que todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Para a coleta de informações sociodemográficas e clínicas foi utilizado um questionário semiestruturado. Para avaliação da qualidade de vida, utilizou-se o WHOQOL-HIV Bref⁽⁵⁾, constituído por 31 itens, divididos em seis domínios: físico, psicológico, relações sociais, meio ambiente, nível de independência e religiosidade⁽⁴⁾.

Para a coleta de dados relacionados à adesão à TARV, utilizou-se o CEAT-VIH (Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral en Personas con Infección por VIH y Sida), constituído por 20 itens considerados em duas dimensões: cumprimento do tratamento e fatores de adesão ao tratamento⁽⁶⁾. A pontuação mínima possível é 17 e a máxima, 89. Neste estudo, o valor mínimo possível foi igual a 52, e o valor máximo possível foi de 88. De acordo com a análise proposta por Remor⁽⁶⁾, estabeleceram-se os Percentuais (PC) para a pontuação global do questionário na amostra: $PC \geq 85$ indica adesão estrita (boa), $50 \leq PC < 85$ indica adesão insuficiente (dificuldade com o cumprimento), $PC \leq 49$ indica adesão insuficiente (não adesão). Foi utilizada a sintaxe para calcular os escores de cada item do WHOQOL HIV Bref. A consistência interna para os domínios do instrumento foi calculada conforme o coeficiente de fidedignidade de Cronbach.

Resultados

Participaram do estudo 314 pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo 190 (60,5%) homens e 124 (39,5%) mulheres, com idade média de 43 anos, variando entre a idade mínima de 21 e a máxima de 70 anos. A maioria dos entrevistados 110 (35,0%) encontrava-se na faixa etária dos 30 aos 39 anos. Quanto à escolaridade, verificou-se que 193 (61,4%) dos pesquisados têm, no máximo, dez anos de estudos, com predomínio de

indivíduos com escolaridade de um a cinco anos, 121 (38,5%). A maioria das pessoas declarou ser de religião católica 190 (60,5%); declararam estar afastadas do emprego ou estarem aposentadas 190 (60,5%) e 226 (72%) indivíduos declararam receber renda de até dois salários-mínimos (Tabela 1).

Quanto à distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS, segundo as variáveis clínicas (Tabela 2), verificou-se que a via sexual foi a principal categoria de exposição ao vírus (251; 79,9%). Quanto ao tempo de diagnóstico conhecido, 124 (39,5%) indivíduos tinham menos de cinco anos de diagnóstico. Referente às características clínicas, quanto à contagem de células T CD4 +, observou-se que a maioria (220; 70,1%) dos participantes possuía mais de 350 cel/mm³. A carga viral se apresentava indetectável para 248 (79%) entrevistados; de 50 a 100.000 cópias/ml para 59 (18,8%), e acima de 100.000 cópias/ml para 7 (2,2%) (Tabela 2).

Na Tabela 3, quanto ao tempo de diagnóstico, os indivíduos apresentaram os maiores escores nos domínios psicológico e espiritual, dentre os domínios de qualidade de vida, segundo o WHOQOL HIV Bref.

Referente à contagem de linfócitos T CD4+, observou-se que não houve diferenças significativas nos domínios do WHOQOL HIV Bref. Quanto à carga viral, este estudo apresentou diferenças significativas nos domínios psicológico, nível de independência e meio ambiente. Maiores escores em todos os domínios de QV foram identificados nos indivíduos com carga viral menor que 50 cópias/ml.

Sobre a presença de doenças ou comorbidades e os domínios de QV, não houve diferença significativa; no entanto, quanto a doenças prévias, observou-se diferença significativa no domínio psicológico. A variável clínica "uso de antirretroviral" não apresentou diferença significativa nos domínios de QV, segundo o WHOQOL HIV Bref.

Quando se analisaram as médias dos escores de QV, segundo a adesão terapêutica (Tabela 4), identificou-se que indivíduos classificados como "não adesão" tiveram piores escores em todos os domínios da QV. A Tabela 4 apresentou resultados estatisticamente significativos para os domínios físico, psicológico, de relações sociais e religião, avaliação procedida segundo a Escala CEAT.

Tabela 1 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS, segundo variáveis sociodemográficas. João Pessoa, PB, Brasil, 2012 e 2013

Variáveis	Categoria	Indivíduos	
		Nº de indivíduos (n)	Percentual (%)
Sexo	Masculino	190	60,5
	Feminino	124	39,5
Idade (anos)	20 a 29	25	8,0
	30 a 39	110	35,0
	40 a 49	92	29,3
	50 a 59	64	20,4
	60 a 70	23	7,3
Cor	Parda	114	36,3
	Não parda	200	63,7
Escolaridade (anos de estudo)	Nenhum	27	8,6
	1 a 5 anos	121	38,5
	6 a 10 anos	72	22,9
	11 a 15 anos	74	23,6
	Mais de 15 anos	20	6,4
Religião	Católica	190	60,5
	Não católica	102	32,5
	Sem religião	22	7,0
Renda (salário-mínimo)*	Menos de 1	118	37,6
	De 1 a 2	108	34,4
	Mais de 2	88	28,0
Ocupação	Empregado(a)	74	23,6
	Aposentado(a)	78	24,8
	Afastado(a)	112	35,7
	Desempregado(a)	50	15,9
	Total	314	100

*Salário-mínimo vigente no período do estudo era de R\$622,00

Tabela 2 - Distribuição das pessoas vivendo com HIV/AIDS, segundo variáveis clínicas. João Pessoa, PB, Brasil, 2012 e 2013

Variáveis	Categoria	Indivíduos	
		Número de indivíduos (n)	Percentual (%)
Exposição ao HIV	Sexual	251	79,9
	Transmissão vertical	3	1,0
	Sanguínea	6	1,8
	Outros	54	17,2
Tempo de diagnóstico do HIV	0 a 5 anos	124	39,5
	6 a 10 anos	98	31,2
	11 a 15 anos	78	24,8
	mais de 15 anos	14	4,5
Carga viral (cópias/ml)	<50 (indetectável)	248	79,0
	50 a 100.000	59	18,8
	100.001 a 500.000	6	1,9
	>500.001	1	0,3
Células T CD4 (quantidade de células linfócitos)	<200 células/mm ³	30	9,6
	200 a 350 células/mm ³	64	20,4
	>350 células/mm ³	220	70,1
	Total	314	100

Tabela 3 - Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL-HIV Bref, segundo variáveis clínicas das pessoas vivendo com HIV/AIDS. João Pessoa, PB, Brasil, 2012 e 2013

Variáveis clínicas		Domínios do WHOQOL HIV Bref					
		Físico	Psicológico	Nível de independência	Relações sociais	Meio ambiente	Espiritualidade/religião
Tempo de diagnóstico	3 meses a 5 anos	67,7 (18,9)	70,2 (13,1)	60,6 (15,0)	65,8 (17,5)	61,7 (15,1)	73,5 (21,2)
	6 a 10 anos	67,9 (20,8)	69,1 (16,7)	60,7 (17,2)	66,2 (20,4)	60,6 (15,3)	69,6 (23,2)
	11 ou + anos	65,8 (20,9)	70,3 (16,6)	63,6 (14,8)	66,6 (18,9)	64,2 (14,7)	73,8 (21,5)
	Valor de p	0,804	0,858	0,259	0,855	0,327	0,376
CD4+ (célula/mm ³)*	<200	69,8 (21,7)	67,0 (18,0)	56,5 (16,5)	66,3 (23,0)	57,8 (17,2)	76,0 (21,1)
	200-350	68,1 (20,0)	70,9 (15,2)	62,9 (17,6)	66,4 (17,9)	63,5 (13,0)	71,5 (23,2)
	>350	66,6 (19,9)	70,0 (15,0)	61,8 (14,9)	66,1 (18,5)	62,3 (15,3)	72,2 (21,7)
	Valor de p	0,660	0,772	0,242	0,868	0,158	0,625
Carga viral (cópias/ml)†	<50 cópias/ml	68,0 (20,1)	71,2 (15,0)	62,4 (15,5)	67,0 (18,4)	63,3 (15,3)	73,3 (21,5)
	≥50 cópias/ml	64,4 (19,8)	64,9 (15,7)	58,0 (16,0)	62,8 (19,9)	57,7 (13,5)	68,9 (23,3)
	Valor de p	0,114	0,004‡	0,033‡	0,113	0,009‡	0,163
Presença de outra doença†	Não	67,2 (20,1)	70,0 (15,4)	61,5 (15,8)	66,1 (18,8)	62,0 (15,2)	72,4 (22,2)
	Sim	68,8 (19,8)	63,6 (10,3)	61,6 (9,8)	67,0 (19,0)	65,2 (10,4)	72,3 (9,4)
	Valor de p	0,953	0,133	0,947	0,988	0,538	0,702
Doenças prévias†	Não	67,8 (19,9)	70,7 (14,8)	61,8 (15,7)	66,8 (18,8)	62,0 (15,3)	72,6 (22,2)
	Sim	61,5 (21,4)	62,5 (18,2)	59,0 (14,8)	60,2 (18,0)	62,9 (13,6)	70,2 (19,7)
	Valor de p	0,138	0,019§	0,236	0,097	0,896	0,405
Uso de antirretroviral (meses)†	até 60	68,3 (18,3)	71,0 (12,9)	60,4 (14,4)	66,6 (17,8)	61,5 (15,2)	72,9 (21,2)
	61 a 120	67,7 (22,9)	69,2 (17,7)	61,7 (17,3)	65,1 (19,9)	62,2 (15,7)	71,5 (24,6)
	>120	65,1 (19,6)	68,8 (16,1)	63,1 (15,6)	66,5 (19,2)	63,0 (14,4)	72,6 (20,3)
	Valor de p	0,493	0,699	0,346	0,901	0,766	0,984

*Teste de Kruskal-Wallis (comparação de três ou mais grupos independentes). Resultados significativos: (‡) p-valor <0,01 e (§) p-valor <0,05

†Teste de Mann-Whitney (comparação de duas amostras independentes).

Tabela 4 - Distribuição dos escores dos domínios do WHOQOL- HIV Bref, segundo a adesão ao CEAT HIV das pessoas vivendo com HIV/AIDS. João Pessoa, PB, Brasil, 2012 e 2013

Domínios do WHOQOL	CEAT + (adesão)	N válido	Média (escores)	Média de postos	Estatística χ^2	Valor de p
Físico*	Adesão estrita	44	70,5	172,1 [†]	10,522	0,005 [§]
	Adesão insuficiente	235	68,2	161,6 [†]		
	Não adesão	35	56,4	111,9 [‡]		
Psicológico*	Adesão estrita	44	73,5	183,8 [†]	30,085	0,000 [§]
	Adesão insuficiente	235	71,3	164,0 [†]		
	Não adesão	35	55,7	81,0 [‡]		
Nível independência	Adesão estrita	44	61,2	156,7	5,065	0,079
	Adesão insuficiente	235	62,6	162,4		
	Não adesão	35	54,5	125,7		
Relações sociais*	Adesão estrita	44	72,6	183,2 [†]	8,158	0,017
	Adesão insuficiente	235	66,2	157,6 [†]		
	Não adesão	35	57,5	124,8 [‡]		
Meio ambiente	Adesão estrita	44	64,1	174,2	2,854	0,240
	Adesão insuficiente	235	62,4	157,0		
	Não adesão	35	57,5	139,6		
Espiritualidade/religião*	Adesão estrita	44	72,3	157,4 [‡]	6,799	0,033
	Adesão insuficiente	235	73,9	163,0 [‡]		
	Não adesão	35	62,5	120,4 [†]		

*Teste de Kruskal-Wallis: resultados significativos.

†Teste de Dunn (comparações múltiplas): representam subconjuntos homogêneos.

‡Teste de Dunn (comparações múltiplas): representam subconjuntos heterogêneos.

§p-valor <0,01

||p-valor < 0,05

Discussão

Neste estudo, a caracterização sociodemográfica dos indivíduos condiz com o perfil da epidemia do HIV/AIDS no Brasil, ou seja, homens, com faixa etária acima de trinta anos, baixa escolaridade, baixa renda e infectados com HIV/AIDS através da transmissão sexual⁽²⁾.

A mudança do perfil dos Vírus do Papiloma Humano (PVH) tem chamado a atenção. A razão de casos entre homens e mulheres reduziu em todas as faixas etárias⁽⁷⁾. Apesar da maior incidência no sexo masculino, estudos recentes evidenciam predomínio entre pessoas do sexo feminino. Em pesquisas desenvolvidas no Sul da Índia⁽⁸⁾ e nos Estados Unidos⁽⁹⁾, o sexo feminino foi predominante.

Com relação às variáveis clínicas, a maior porcentagem encontrada, relacionada à variável tempo de diagnóstico para este estudo, foi de 124 (39,5%) indivíduos com conhecimento de sua situação sorológica há menos de cinco anos. A maioria possuía bons parâmetros clínicos relacionados à carga viral indetectável e alta contagem de células T CD4 +. Neste estudo, os indivíduos com carga viral indetectável apresentaram maiores escores em todos os domínios

de QV. O aumento da carga viral provoca agravamento das condições clínicas da pessoa, exacerbando os sintomas e aumentando a possibilidade de internação e, conseqüentemente, diminuindo a QV⁽¹⁰⁾. O diagnóstico precoce é um dos aspectos positivos quanto ao prognóstico do HIV/AIDS. Saber a sua situação sorológica precocemente possibilita intervenções apropriadas e favorece a adesão à TARV⁽¹¹⁾.

Diante dos resultados, todos os indivíduos apresentaram bons escores nos domínios de QV, segundo as variáveis clínicas, enfatizando os domínios psicológico e espiritualidade, e os menores escores nos domínios nível de independência e meio ambiente. Em estudos desenvolvidos no Brasil: Rondônia⁽¹²⁾, Santa Catarina⁽¹³⁾ e nas cidades de São Paulo⁽¹⁴⁾ e Porto Alegre⁽⁵⁾, o domínio meio ambiente apresentou o menor escore em relação aos outros domínios de qualidade de vida.

Em estudo desenvolvido na Índia, os escores dos domínios de QV foram maiores no domínio meio ambiente e menores no domínio referente à espiritualidade⁽⁸⁾. Neste estudo, observou-se o inverso: o domínio espiritualidade apresentou maior escore em relação aos outros domínios. A religião, a espiritualidade, as crenças representam a busca por significado na vida, o porquê e para que os indivíduos passam por situações

estressantes e difíceis, o que se considera como aspectos válidos para a melhoria da QV⁽¹⁵⁾.

A espiritualidade configura-se como um apoio nos momentos de sofrimento, em que o isolamento social e familiar se faz presente. A religião é uma importante instância de significação e ordenação da vida, de seus reveses e sofrimentos, resultado também encontrado em outro estudo^(8,16). Investigação desenvolvida em Ribeirão Preto, com indivíduos coinfectados com tuberculose e HIV/AIDS, apontou o domínio espiritualidade com os maiores escores em relação aos outros domínios⁽¹⁷⁾.

No presente estudo, o escore total do CEAT apresentou correlação significativa com os domínios físico, psicológico, relações sociais e espiritualidade/religião. Baixos escores no domínio físico podem estar associados às condições clínicas, à imunossupressão vírica e ao não uso da TARV⁽¹⁷⁾.

A não adesão terapêutica, particularmente para as pessoas que vivem com HIV/AIDS, é um problema de maior amplitude. As consequências dessa situação prejudicam o próprio indivíduo que não adere, mas, também, provocam uma série de consequências que podem afetar a população de um modo geral. Da adesão, depende a supressão vírica, conseqüentemente a diminuição da contaminação, minimização dos riscos de infecções oportunistas e diminuição de resistência aos antirretrovirais⁽¹⁸⁾.

A maioria da amostra estudada apresenta "adesão insuficiente"; os indivíduos classificados em "não adesão" têm menores escores em todos os domínios de QV. Neste estudo, observou-se o impacto da não adesão à TARV sobre a QV. Tendo em vista as modificações na morbimortalidade, estudos mostram o impacto positivo da adesão à TARV sobre a QV⁽¹⁸⁾.

Sabe-se que a adesão à TARV melhora os resultados clínicos, retarda o avanço da doença, o que, supostamente, deveria resultar em melhoria na qualidade de vida⁽¹⁶⁾. Em um estudo do tipo longitudinal, observou-se que a adesão à TARV está associada ao aumento na qualidade de vida⁽¹⁹⁾. Em estudos do tipo transversal, identificaram-se associações entre a QV e adesão à TARV^(10,20).

Ao se avaliar a qualidade de vida de uma pessoa vivendo com HIV/AIDS e sua associação com a TARV, faz-se necessário identificar as características clínicas do indivíduo, em qual fase da infecção ele se encontra: assintomático, sintomático ou fase do HIV/AIDS⁽²¹⁾.

A adesão ao tratamento antirretroviral pode causar efeitos colaterais em curto prazo (náusea e vômitos) e em longo prazo (lipodistrofia e dislipidemia), os quais

geram impacto na qualidade de vida. Em outro estudo, verificou-se que não houve diferença estatisticamente significativa entre os domínios de qualidade de vida e o uso de antirretrovirais; porém, apresentava diferença estatisticamente significativa na avaliação geral de saúde com a presença de reações aos medicamentos⁽²¹⁾.

A relação entre a adesão à TARV e a qualidade de vida é recíproca. A QV das pessoas que vivem com HIV/AIDS pode ser influenciada pela adesão à TARV. Nesse contexto, torna-se imperativo compreender a terapia antirretroviral, com o objetivo de maximizar seus benefícios e minimizar os efeitos sobre os indivíduos⁽²¹⁾.

Nesta pesquisa, a maioria da população era assintomática, com carga viral indetectável (<50 cópias/ml). Pode-se inferir que essas características clínicas influenciam a adesão à TARV e, conseqüentemente, na QV do indivíduo, pois a ausência de sintomas e os efeitos indesejáveis da medicação foram citados, em outro estudo, como fatores que dificultam a adesão à terapia medicamentosa⁽²²⁾.

Uma limitação do presente estudo foi o delineamento metodológico do tipo transversal. Apesar dessa limitação, os resultados apontam a necessidade de se avaliar a influência da TARV na QV dessa população específica.

Conclusão

A qualidade de vida da população estudada, segundo o WHOQOL HIV Bref, apresentou associação com as variáveis clínicas e adesão à terapia antirretroviral. Segundo as variáveis clínicas, é importante destacar maiores escores em todos os domínios de qualidade de vida nos indivíduos com carga viral menor que 50 cópias/ml. Quanto à adesão à terapia antirretroviral, indivíduos classificados em "não adesão" apresentaram baixos escores em todos os domínios de QV.

A adesão à terapia antirretroviral é um predito positivo de qualidade de vida, principalmente por melhorar a imunidade, controlar a carga viral e retardar a progressão da doença. Apesar dos benefícios, muitas pessoas que vivem com o HIV/AIDS têm dificuldades de adesão, relacionadas não apenas às repercussões clínicas do tratamento, mas pela dificuldade de acesso ao serviço e, conseqüentemente, de acesso aos medicamentos.

Nesse sentido, sugere-se a necessidade de acompanhar a adesão à TARV das pessoas que vivem com HIV/AIDS, partindo do entendimento de que a adesão é um processo contínuo, que envolve a família e os profissionais de saúde, principalmente. E que, em algumas situações, a não adesão é resultado do

abandono do paciente pelos familiares ou pelos próprios profissionais de saúde.

Referências

1. Brito AM, Szwarcwald CL, Castilho EA. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS. *Rev Assoc Med Bras.* 2006;52(2):86-92.
2. UNAIDS. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS. Global Report. AIDS by the numbers. Geneva: Joint United Nations Programme on HIV/AIDS; 2013. [acesso 2 set 2014]. Disponível em: http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/unaidspublication/2013/JC2571_AIDS_by_the_numbers_en.pdf
3. UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. AIDS. Epidemic update. Geneva, UNAIDS; 2012. [acesso 5 out 2013]. Disponível em: <http://www.unAids.org/hivdata2009>.
4. WHO - World Health Organization. Contry protocol for developing the who quality of life (WHOQOL): HIV/Aids module. Genebra; 1997.
5. Zimpel RR, Fleck MPA. Quality of life in HIV-positive Brazilians: application and validation of the WHOQOL-HIV, Brazilian version. *AIDS Care.* 2007;19(7):223-30.
6. Remor E. Systematic Review of the Psychometric Properties of the Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH). *Patient.* 2013;6:61-73.
7. Ministério da Saúde (BR). Boletim epidemiológico AIDS - DST; 2013. [acesso 26 maio 2014]. Disponível em: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2013/55559/_p_boletim_2013
8. Chandra PS, Gandhi C, Satishchandra P, Kamat A, Desai A, Ravi V, et al. Quality of life in HIV subtype C infection among asymptomatic subjects and its association with CD4 counts and viral loads - a study from South India. *Qual Life Res.* 2006;15:1597-605.
9. Bayliss M, Rendas-Bawm R, White MK, Mariish M, Byorner J, Tunis SL, et al. Health-related quality of life (HRQL) for individuals with self-reported chronic physical and/or mental health conditions: panel survey of an adult sample in the United States. *Health Qual Life Outcomes.* 2012;10:154.
10. Gaspar J, Reis RK, Pereira FMV, Neves LAS, Castrighini CC, Gir E. Qualidade de vida de mulheres vivendo com o HIV/AIDS de um município do interior paulista. *Rev Esc Enferm USP.* 2011;45(1):230-6.
11. Vyankandondera J, Mitchell K, Asiimwe-Kateera B, Boer K, Mutwa P, Balinda JP, et al. Antiretroviral therapy drug adherence in Rwanda: Perspectives from patients and healthcare workers using a mixed-methods approach. *AIDS Care.* 2013;25(12):1504-12.
12. Nascimento JS. Qualidade de vida: percepções de adultos com AIDS no interior de Rondônia. [acesso 20 mar. 2013]. Disponível em: http://repositorio.bce.unb.br/bitstream/10482/2506/1/2006_Janice%20Santana%20do%20Nascimento.pdf.
13. Silva J, Bunn K, Bertoni RF, Neves AO, Traebert J. Quality of life of people living with HIV. *AIDS Care.* 2013;25(1):71-6.
14. Santos ECM, França I Jr, Lopes F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS em São Paulo. *Rev Saúde Pública.* 2007; 41(Supl 2):64-71.
15. Peterson M, Webb D. Religion and spirituality in quality of life studies. *Appl. Res. In Quality of Life.* 2006;1:107-16.
16. Reis AC, Lencastre L, Guerra MP, Remor E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV/AIDS. *Psicologia: Reflexão Crítica.* 2010;23(3):420-9.
17. Neves LAS, Canini SRM, Reis RK, Santos CB, Gir E. AIDS e tuberculose: a coinfeção vista pela perspectiva da qualidade de vida dos indivíduos. *Rev Esc Enferm USP.* 2012;46(3):704-10.
18. Penedo FJ, Gonzalez JS, Dahn JR, Antoni M, Malow R, Costa P, et al. Personality, quality of life and HAART adherence among men and women living with HIV/AIDS. *Journal of Psychosomatic Research.* 2003 Mar;54(3):271-8.
19. Mannheimer SB, Matts J, Telzak E, Chesney M, Child C, Wu AW, et al. Quality of life in HIV-infected individuals receiving antiretroviral therapy is related to adherence. *AIDS Care.* 2005;17(1):10-22.
20. Margalho R, Quakinin S, Canavarro MC. Adesão à HAART, Qualidade de vida e sintomatologia psicopatológica em doentes infectados pelo VIH/SIDA. *Acta Med Port.* 2011;24(S2):539-48.
21. Souza FG, Külkamp IC, Galato D. Avaliação da qualidade de vida em um grupo de portadores de HIV. *DST - J Bras Doenças Sex Transm.* 2009;21(2):53-5.
22. Goujard C, Bernard N, Sohier N, Sohier N, Peyramond D, Lançon F, et al. Impact of a patient education program on adherence to HIV medication: a randomized clinical trial. *J Acquir Immune Defic Syndr.* 2003;34(2):191-4.

Recebido: 12.10.2013

Aceito: 3.9.2014