

QUALIDADE DE VIDA E ADESÃO AOS ANTIRRETROVIRAIS EM POPULAÇÃO ADULTA DO SUL DO BRASIL

QUALITY OF LIFE AND ADHERENCE TO ANTIRETROVIRALS IN ADULT POPULATION IN SOUTHERN BRAZIL

RESUMO

Estudo de natureza transversal, quantitativo objetivou avaliar a qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) de pessoas que vivem com o HIV/AIDS. Participaram 117 indivíduos vinculados a serviços públicos de seis municípios de médio e grande porte do Estado de Santa Catarina. Para coleta de dados utilizou-se dois questionários validados: WHOQOL-HIV-Bref e CEAT-HIV. O perfil dos participantes caracteriza-se por adultos acima de 40 anos, de ambos os sexos, com baixa escolaridade e vivendo com o(a) companheiro(a). Os que auto percebem a sua saúde boa ou muito boa apresentaram médias significativamente maiores nos domínios psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e auto avaliação da qualidade de vida. Quase a totalidade apresenta baixa adesão a TARV. Faz-se necessário construir modelos integradores e interdisciplinares com o intuito de promover a melhoria adesão e da qualidade de vida destes indivíduos.

PALAVRAS-CHAVE: Qualidade de vida. Adesão ao tratamento. Terapia antirretroviral.

ABSTRACT

The aim of this study was to evaluate the quality of life and adherence to antiretroviral treatment (ART) of people living with HIV / AIDS. The study was characterized as transversal, quantitative. A total of 117 individuals with HIV / AIDS linked to public services in six medium and large cities of the State of Santa Catarina participated. For data collection, two validated questionnaires were used: WHOQOL-HIV-Bref and CEAT-HIV. Participants had a mean age of 44 years, of both sexes, with low schooling and the majority living with a partner. Those who self-perceive their health as good or very good presented significantly higher averages in the psychological, level of independence, social relations, environment and self-evaluation of quality of life domains. Almost all showed low adherence to HAART. It is necessary to construct integrative and interdisciplinary

Alex Marcelo Amaral da Silva¹

Mestre em Ambiente e Saúde
Programa de Pós-Graduação
em Ambiente e Saúde
(UNIPLAC), E-mail:
amaralamil@yahoo.com.br

Maria Conceição de Oliveira²

Doutora, Docente da
Universidade Federal da
Fronteira Sul, E-mail:
mcoliveira14@gmail.com

Anelise Viapiana Masiero³

Doutora, Docente do Programa
de Pós-Graduação em Ambiente
e Saúde (UNIPLAC), E-mail:
avmasiero@gmail.com

models with the purpose of promoting the improvement of adherence and the quality of life of the patient.

KEYWORDS: Quality of life. Adherence to treatment. Antiretroviral therapy

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) tornou-se um dos maiores problemas de saúde pública no mundo. Dados de 2015 demonstram que na América Latina e Caribe aproximadamente 2 milhões de pessoas vivem com HIV e uma estimativa de 100 mil novas infecções/ano ocorrem (PÉREZ et al., 2016). No Brasil, desde a identificação do primeiro caso em 1981, até dezembro de 2014 foram realizadas 798.366 notificações (BRASIL, 2015). A região Sul ocupa a segunda posição, com maior número de notificações, apresentando 31,1 casos para cada 100 mil habitantes, segundo dados do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2015). Neste contexto, Santa Catarina está em terceiro lugar no número de casos notificados, entre todos os estados da Federação (BRASIL, 2015).

As políticas públicas na área da saúde ganharam expressão no Brasil em meados de 1996, quando foi criada a Lei 9.313 a qual assegura aos portadores do vírus da AIDS o acesso de forma gratuita aos medicamentos que são essenciais para o tratamento, via Sistema Único de Saúde (BRASIL, 1996). Assim, o país tornou-se um dos primeiros países de renda média a adotar políticas de saúde eficientes e eficazes para o atendimento aos portadores do Vírus HIV (DA SILVEIRA et al., 2016). Entretanto, o sucesso da terapia antirretroviral depende da manutenção de altas taxas de adesão do paciente ao tratamento medicamentoso (DE SOUZA et al., 2010).

Dentre os fatores que dificultam a adesão destacam-se: a complexidade do regime terapêutico; a precariedade ou ausência do suporte social afetivo e/ou material/instrumental; baixa escolaridade; baixa autoestima; limitações financeiras; habilidades cognitivas insuficientes para enfrentar as dificuldades e as exigências do tratamento; não aceitação da soropositividade; efeitos colaterais da medicação antirretroviral; crenças negativas; informações inadequadas sobre a enfermidade e tratamento; abuso de álcool e outras drogas; relação insatisfatória do usuário com o médico e com os demais profissionais da equipe de saúde (FAUSTINO, 2006; BRASIL, 2008). Estes fatores podem compor uma barreira ao tratamento da AIDS, afetando a qualidade de vida dos pacientes (BRASIL, 2008). Dentre os facilitadores estão o apoio do cuidador, a participação em grupos de apoio e o conhecimento do estado da doença (AMMON; MASON; CORKERY, 2018).

Neste contexto e considerando a posição nacional do Estado de Santa Catarina em números de notificações, o objetivo do presente estudo foi avaliar a qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com o HIV/AIDS em municípios de médio e grande porte no Estado.

METODOLOGIA

Caracteriza-se como um estudo transversal, quantitativo, desenvolvido em seis municípios de médio e grande porte do Estado de Santa Catarina, selecionados

em razão de apresentarem os maiores índices de pessoas vivendo com HIV/AIDS no Estado (SINAN, 2017).

Participaram do estudo pessoas portadoras de HIV/AIDS vinculadas a serviços públicos e em tratamento nos referidos municípios. A cada um dos serviços foi solicitada a autorização para a realização da pesquisa, havendo a concordância das Secretarias Municipais de Saúde, responsáveis pela assistência de pessoas vivendo com o HIV/AIDS em cada município. Após a autorização, foram realizadas visitas presenciais aos locais de coleta para contato com as coordenações dos Programas e conhecimento dos locais de pesquisa. Na sequência foi agendado o retorno para aplicação dos questionários, no período da dispensação da medicação.

Os sujeitos foram convidados a participar do estudo após uma explanação sobre os objetivos do mesmo. Os que aceitaram participar assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, sendo tomados todos os cuidados éticos para manter a integridade dos participantes e garantir o sigilo das informações e anonimato.

Considerou-se como critérios de inclusão: serem usuários do serviço; maiores de 18 anos e em tratamento há pelo menos três meses. Ao total, por conveniência, obteve-se uma amostra de 120 participantes.

Para a caracterização dos usuários investigou-se as seguintes variáveis: idade, sexo, grau de instrução, estado civil e percepção sobre seu estado de saúde. Para avaliação da qualidade de vida (QV) utilizou-se o WHOQOL-HIV-Bref, proposto pela OMS e validado em 2002 (FANG et al., 2002), o qual contém 31 questões. Ele baseia-se no WHOQOL-Bref (26 questões) que é a forma abreviada do WHOQOL-100 adicionado de cinco questões extras, específicas, para pessoas que vivem com HIV/AIDS, totalizando 31 questões. Estas questões resultam em seis domínios (físico, psicológico, nível de independência, relações sociais, ambiente e espiritualidade) e uma faceta geral que avalia a QV e a percepção geral de saúde.

A adesão ao tratamento foi avaliada por meio de questionário validado (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007) para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT- VIH). O instrumento, composto por 20 questões tem caráter multidimensional e abrange fatores que podem modular o comportamento da adesão ao tratamento. A pontuação é obtida pela soma dos itens. O valor mínimo possível é 17 e o valor máximo possível é 89. Pacientes com escore entre 80 e 89 são considerados estritamente aderentes; entre 75 e 79 têm boa aderência e inferior a 74 são considerados pouco aderentes.

Para análise dos dados sociodemográficos utilizou-se a estatística descritiva. A autoavaliação de saúde foi analisada por meio do teste do Qui-Quadrado. Na análise da Qualidade de Vida empregou-se a ferramenta do Excel proposta por Pedroso et al. (2011), para uma análise descritiva. Para análise da adesão ao tratamento realizou-se a soma dos itens (FANG et al., 2002). Na sequência as variáveis sociodemográficas, a autoavaliação de saúde e a adesão foram analisadas considerando os domínios do WHOQOL-Bref por meio dos testes não paramétricos de Mann-Whitney e Kruskal-Wallis.

O presente estudo foi aprovado pelo comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da UNIFESP, conforme parecer nº 1.156.840/2014.

RESULTADOS

Dos 120 formulários, três foram excluídos por preenchimento incompleto. Na análise dos resultados observou-se um equilíbrio entre participantes do sexo feminino (50,5%) e masculino (49,5%). A média de idade foi 44 anos (± 12 anos), 41% com baixa escolaridade e em torno de 40% casado ou vivendo em união estável (Tabela 1). A análise da relação das questões sócio demográficas com o sexo dos participantes, identificou diferença estatística em relação a escolaridade. Os homens apresentaram um nível de escolaridade superior a melhores ($p=0,007$).

Tabela 01 – Caracterização do perfil dos participantes do estudo. Santa Catarina, Brasil, 2015.

Dados sócio demográficos (n=117)	Masculino	Feminino	Valor de p
Idade	58 (49,5%)	59 (50,5%)	0,140
18 -29 anos	12 (10%)	5 (4%)	
30 - 39 anos	13 (11%)	8 (7%)	
40 - 49 anos	18 (16%)	22 (19%)	
50 -59 anos	12 (10%)	17 (15%)	
> 60 anos	3 (2%)	7 (6%)	
Escolaridade			0,007
Nenhuma	2 (2%)	4 (3%)	
1º Grau	15 (13%)	26 (23%)	
2º Grau	14 (12%)	20 (17%)	
3º Grau	15 (13%)	5 (4%)	
Não respondeu	12 (10%)	4 (3%)	
Estado Civil			0,07
Solteiro	22 (19%)	18 (15%)	
Casado/União Estável	25 (22%)	22 (18%)	
Separado	5 (4%)	2 (2%)	
Divorciado	4 (3%)	8 (7%)	
Viúvo	1 (1%)	9 (8%)	
Não respondeu	1 (1%)	0 (0%)	

Quando questionados sobre a auto percepção de saúde 61,54% dos participantes avaliam a sua saúde como boa ou muito boa e 64,96% não se consideram doentes, sem diferença estatística entre os gêneros em relação a esta percepção ($p=0,882$).

Dentre os participantes, 76,1% não apontaram outros os problemas de saúde associados. Dos que relataram, destaque para questões de ordem física (colesterol, gripe forte e efeitos colaterais da TARV) e psíquica (autoestima). No que se refere ao estágio da doença, 53,3% dos pesquisados percebem que o seu estágio de HIV é AIDS, seguido de 23,1% que se percebem assintomáticos e 17,50% sintomáticos (Tabela 2).

Em relação ao tempo que foram infectados a maioria (55%) vive há menos de uma década com a infecção, 27,50% entre uma e duas décadas, 10% há mais de duas décadas e 5% não responderam.

Em relação às vias de contaminação, observa-se que a maioria dos entrevistados, 66,6% foi infectada na relação heterossexual ($p=0,000$), seguidos de 21,3% na relação homossexual, 2,5% pelo uso de drogas injetáveis, 0,85%

por derivados do sangue, 5,8% por outras vias de contaminação e 2,5% não responderam.

Tabela 2. Autoavaliação de saúde dos indivíduos e aspectos relacionados. Santa Catarina, Brasil. 2015

Aspectos relacionados a Autoavaliação de saúde (n=117)	Nº de indivíduos (n)	Percentual (%)	Valor p*
Percepção Geral de Saúde			0,882
Muito ruim/ruim	18	15,39%	
Nem ruim/nem boa	26	22,22%	
Boa	45	38,46%	
Muito boa	27	23,08%	
Não respondeu	1	0,85%	
Se considera doente			0,794
Sim	37	32,48%	
Não	76	64,96%	
Não respondeu	5	4,27%	
Problemas de saúde			0,643
Colesterol	1	0,9%	
Autoestima	5	4,3%	
Dores nas costas	5	4,3%	
Problemas cardíacos	1	0,9%	
Gripe forte	1	0,9%	
Angústia	5	4,3%	
Cansaço	1	0,9%	
Efeitos Colaterais	2	1,7%	
Gastrite	4	3,4%	
Locomoção	2	1,7%	
Insônia	1	0,9%	
Não relataram outros problemas	89	76,1%	
Estágio da doença			0,953
Assintomáticos	27	23,1%	
Sintomáticos	21	17,50%	
AIDS	64	53,30%	
Não responderam	5	6,70%	

* teste do Qui-Quadrado

A análise geral da qualidade de vida, expressa na tabela 03, identificou as médias mais elevadas, respectivamente, aos domínios: a autoavaliação de saúde, psicológico, meio ambiente e relações sociais. Os domínios nível de independência, físico e espiritualidade apresentaram as médias mais baixas.

Tabela 03. Valores descritivos dos domínios da escala de qualidade de vida WHOQoL-HIV-Bref. Santa Catarina, Brasil. 2015

Domínio	Itens	Média	DP	Mínimo	Máximo
Físico	4	11,09	2,02	4	16
Psicológico	5	13,74	3,48	4	20
Nível de independência	4	12,91	2,83	8	19
Relações Sociais	4	13,29	3,27	4	19
Meio Ambiente	8	13,31	2,73	7	19,5
Espiritualidade / religião/ Crenças pessoais	4	10,16	2,98	4	20
Autoavaliação da QV	29	14,17	3,87	4	20
Média		12,59	1,87	6,8	17,4

O cruzamento das variáveis sócio demográficas com os domínios do WHOQOL-Bref não identificou diferentes estatísticas (Tabela 04). Entretanto observou-se diferenças na análise da autoavaliação de saúde dos indivíduos que percebem positivamente sua condição de saúde. Estes apresentam valores médios significativamente superiores nos domínios: psicológico ($p=0,000$); nível de independência ($p=0,000$); relações sociais ($p=0,000$), meio ambiente ($p=0,001$). Da mesma forma, os que não se consideram doentes apresentaram valores médios significativamente superiores nos domínios: psicológico ($p=0,000$); nível de independência ($p=0,000$); relações sociais ($p=0,000$), meio ambiente ($p=0,000$), conforme explicitado na Tabela 05.

Em relação a adesão ao tratamento antirretroviral, observou-se que 114 (97,5%) dos indivíduos tem baixa adesão, apenas três (2,5%) tem adesão adequada e nenhum participante apresentou adesão estrita. A análise da relação da adesão com os domínios de qualidade de vida, não identificou diferenças estatísticas entre eles (Tabela 06).

Tabela 04. Distribuição dos domínios do WHOQOL-HIV Bref, segundo variáveis sócio-demográficas. Santa Catarina, Brasil, 2015.

Variáveis Sócio-demográficas	DOMÍNIOS DO WHOQOL HIV- Bref						
	Físico Média (dp)	Psicológico Média (dp)	Nível de Independência Média (dp)	Relações Sociais Média (dp)	Meio Ambiente Média (dp)	Espiritualidade/Religião Média (dp)	Autoavaliação QV Média (dp)
Sexo⁴							
Masculino	11,25 (2,14)	13,37(3,66)	12,74 (2,72)	12,91(3,80)	13,25(3,12)	10,39(3,06)	14(4,30)
Feminino	10,91(1,93)	13,08 (3,79)	12,98 (3,04)	13,32 (3,24)	13,09 (2,53)	10,08 (2,96)	13,96 (1,68)
Valor de p	0,291	0,889	0,723	0,699	0,800	0,650	0,993
Faixa etária⁵							
18 a 29	11,29(1,68)	12,82 (3,28)	12,58(2,78)	12,05 (3,57)	12,44 (2,46)	12,11 (2,89)	12,35 (3,75)
30 a 39	10,61 (1,65)	12,52 (3,99)	12,85 (3,22)	12,47 (3,74)	13,45 (2,93)	10,42 (2,69)	14,19 (3,99)
40 a 49	11,50 (2,16)	13,42 (3,80)	12,40 (2,94)	13,72 (3,24)	13,06(2,81)	9,87 (2,83)	13,65(4,09)
50-59	10,93(2,44)	13,41(3,80)	13,34 (2,70)	13,31 (3,93)	13,18 (3,03)	9,37(3,14)	14,62 (4,66)
>60	10,50 (1,35)	14,10 (3,57)	13,80 (2,61)	13,30 (2,71)	14,25(2,81)	10,60 (3,16)	15,80 (2,89)
Valor de p	0,348	0,710	0,501	0,412	0,606	0,051	0,118
Escolaridade²							
Nenhuma	12,33(1,86)	12,66 (4,45)	12,33(2,42)	15,50 (1,51)	12,75 (3,79)	8,83 (2,40)	13,66 (4,08)
1º grau	11,31 (1,92)	12,82 (4,49)	13,29 (3,09)	13,56 (3,79)	13,41 (3,15)	10,19 (3,15)	13,90 4,71)
2º grau	11,00 (2,16)	14,08 (2,59)	12,97 (2,86)	13,29 (3,18)	13,05 (2,34)	10,41 (3,11)	15,00 (3,04)
3º grau	10,47 (2,38)	13,31 (4,21)	12,78 (2,97)	12,15 (4,03)	13,50 (3,33)	10,10 (3,26)	13,26 (5,30)
Valor de p	0,348	0,574	0,419	0,142	0,785	0,721	0,583
Estado Civil							
Solteiro	11,25 (1,76)	12,55 (3,89)	12,15 (2,48)	12,02 (3,60)	12,66 (2,68)	10,92 (3,09)	13,15 (3,70)
Casado/União Estável	11,42 (2,07)	13,66(3,99)	13,33 (3,32)	14,21 (3,66)	13,28 (2,97)	9,36 (2,94)	14,60 (4,67)
Separado	10,78 (2,72)	13,64 (3,49)	13,64 (3,29)	14,00 (3,59)	14,00 (3,03)	10,42 (1,94)	14,71 (4,68)
Divorciado	11,00 (1,63)	13,42 (2,69)	12,71 (2,05)	13,14 (2,11)	12,85 (2,01)	11,00 (2,23)	14,00 (2,00)
Viúvo	10,00 (2,44)	13,66 (4,07)	13,66 (3,20)	12,91 (3,77)	13,37 (3,43)	9,33 (3,22)	14,00 (4,34)
Valor de p	0,609	0,773	0,407	0,081	0,725	0,200	0,316

⁴ Teste de Mann-Whitney

⁵ Teste de Kruskal-Wallis

Tabela 05. Distribuição dos domínios do WHOQOL-HIV Bref, segundo variáveis de Autoavaliação de saúde e aspectos relacionados. Santa Catarina, Brasil, 2015.

	DOMÍNIOS DO WHOQOL HIV- Bref						
	Físico Média (dp)	Psicológico Média (dp)	Nível de Independência Média (dp)	Relações Sociais Média (dp)	Meio Ambiente Média (dp)	Espiritualidade/ Religião Média (dp)	Autoavaliação QV Média (dp)
Percepção de saúde¹							
Muito Ruim/ Ruim	10,88 (2,78)	10,55 (5,10)	10,72 (2,92)	12,27(4,04)	11,58 (3,62)	10,11 (3,66)	9,11 (4,81)
Nem ruim/ nem boa	10,69 (1,48)	11,15 (2,83)	11,65 (2,29)	10,88 (3,01)	12,01(2,20)	10,61 (3,20)	12,69 (2,64)
Boa	11,64 (1,98)	14,71(2,68)	13,88 (2,44)	14,11(3,01)	13,92 (2,41)	10,53(2,68)	15,46(2,38)
Muito Boa	10,68(4,00)	14,62 (3,05)	13,92 (2,77)	14,33 (3,35)	14,16 (2,73)	9,44 (2,92)	16,07 (4,24)
Valor de p	0,133	0,000	0,000	0,000	0,001	0,539	0,000
Se considera doente²							
Sim	11,02 (2,22)	10,35 (3,37)	10,97 (2,27)	11,13 (3,22)	10,91 (2,16)	10,32 (3,37)	10,16 (3,44)
Não	11,20 (1,95)	14,61(3,03)	13,74 (2,71)	14,14 (3,22)	14,25 (2,37)	10,38 (2,77)	15,65 (3,16)
Valor de p	0,488	0,000	0,000	0,000	0,000	0,238	0,000
Estágio da doença³							
Assintomático	10,55 (2,39)	12,88 (4,06)	13,22 (2,50)	12,59 (3,87)	12,59 (3,03)	10,25 (3,68)	14,22 (4,20)
Sintomático	11,23 (1,78)	13,23 (3,89)	13,57 (3,13)	13,80 (3,18)	13,97 (2,75)	10,19 (3,35)	14,66 (3,75)
AIDS	11,23 (2,01)	13,31 (3,33)	12,40 (2,93)	13,14 (3,26)	13,20 (2,66)	10,28 (2,65)	13,93 (3,95)
Valor de p	0,765	0,690	0,202	0,873	0,414	0,985	0,459

¹ Teste de Kruskal-Wallis

² Teste de Mann-Whitney

Tabela 06- Análise da adesão em relação aos domínios do WHOQOL-HIV Bref. Santa Catarina, Brasil, 2015.

	DOMÍNIOS DO WHOQOL HIV- Bref						
	Físico Média (dp)	Psicológico Média (dp)	Nível de Independência Média (dp)	Relações Sociais Média (dp)	Meio Ambiente Média (dp)	Espiritualidade/ Religião Média (dp)	Autoavaliação QV Média (dp)
Adesão	11,09 (2,02)	13,74 (3,48)	12,91 (2,93)	13,29 (3,27)	13,31 (2,73)	10,16 (2,98)	14,17 (3,87)
Valor de p ¹	0,120	0,677	0,483	0,583	0,929	0,641	0,258

¹ Teste de Mann-Whitney

DISCUSSÃO

Após três décadas da doença, as características epidemiológicas e clínicas do HIV/AIDS diferem das inicialmente observadas. Avanços significativos no diagnóstico e tratamento tem destacado o Brasil no cenário internacional. Considerando a política nacional de acesso universal à medicação antirretroviral, estudos que investiguem a adesão e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS tem grande relevância (FAUSTINO, 2006). Os participantes do estudo caracterizam-se por ter idade média de 44 anos. Estudos recentes têm apresentando uma média de idade inferior, entre 30 e 39 anos (GALVÃO et al., 2015; SILVA et al., 2015). Em relação a escolaridade foi identificado que a maioria apresenta baixa escolaridade, corroborando com Santo et al., (2013). A literatura tem apontado que a escolaridade pode interferir na adesão e qualidade de vida. Quanto maior a escolaridade, melhores são os resultados (ORTEGO et al., 2011; FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). Embora tenha se identificado uma diferença estatística na escolaridade entre homens e mulheres, não se identificou relação do nível de escolaridade com a adesão e a qualidade de vida. Em média os entrevistados vivem com AIDS em torno de 8 anos. Entretanto, cerca de 10% dos indivíduos infectados vivem com a doença há mais de 20 anos.

Apesar de se observar outros estudos uma predominância de indivíduos do sexo masculino infectados (GALVÃO et al., 2015; SILVA et al., 2015; SHAH RM et al., 2012) esta não foi confirmada. Há de se considerar que a amostra foi por conveniência e, portanto, pode não representar a real proporcionalidade dos pacientes acompanhados.

Um percentual considerável de participantes (40%) referira viver com companheiro(a). Esta característica sociodemográfica varia tanto em estudos nacionais quanto internacionais (GALVÃO et al., 2015; SILVA et al., 2015; ORTEGO et al., 2011; SHAH RM et al., 2012). Alguns estudos têm apontado uma predominância de solteiros (GALVÃO et al., 2015; SILVA et al., 2015; SHAH et al., 2012). Acredita-se que indivíduos casados ou com união estável apresentem melhor suporte social e apoio, influenciando positivamente a qualidade de vida. Possivelmente este melhor suporte social e de apoio possa interferir de forma positiva na adesão a TARV (FERREIRA; OLIVEIRA; PANIAGO, 2012). Entretanto, não se identificou diferenças estatísticas entre os domínios da qualidade de vida em relação ao estado civil.

A principal forma de transmissão foi na relação heterossexual, também observado por Affeldt, Silveira e Barcelos (2015). Uma das hipóteses que poderia explicar este resultado é heterossexualização da doença, com maior crescimento dos casos de HIV/AIDS entre homens heterossexuais (SANTOS et al., 2002).

Quando questionados sobre a autopercepção de saúde a maioria dos participantes avaliam a sua saúde como boa ou muito boa, embora 53,3% dos pesquisados percebem que o seu estágio da doença é AIDS. Apenas 23,9% relataram problemas de saúde, sendo os principais: autoestima, colesterol, gripe forte e efeitos colaterais da terapia antirretroviral. Pacientes mais velhos tendem a apresentar outras condições crônicas de saúde associadas, sendo os principais problemas relatados: hipertensão, dor crônica, hepatite, artrites, condições respiratórias e diabetes (BALDERSON et al., 2013).

Na análise geral da qualidade de vida, não se observaram diferenças estatísticas entre os domínios. As maiores médias foram encontradas nos domínios psicológicos, relações sociais, meio ambiente e autoavaliação de saúde. Escores inferiores foram apontados para os domínios físicos, nível de independência e espiritualidade. O estudo de Santos et al. (2007) identificaram melhores resultados na qualidade de vida nos domínios físicos e psicológicos e piores resultados no domínio social.

Da mesma forma não se observaram diferenças significativas entre os domínios em relação às variáveis sociodemográficas. Entretanto verificou-se diferenças estatisticamente significativas na autopercepção das condições de saúde e a comparação entre os domínios: psicológico, nível de independência, relações sociais, meio ambiente e autoavaliação da qualidade de vida. Ou seja, indivíduos que auto percebem sua saúde boa ou muito boa apresentaram médias maiores de qualidade de vida nos respectivos domínios. Ainda, aqueles que não se consideram doentes, apresentaram melhor médias para os referidos domínios. Assim, pode-se inferir que estes indivíduos enfrentam de forma positiva doença.

O aumento da expectativa de vida, relacionada à terapia antirretroviral modifica a forma com que os indivíduos enfrentam a infecção, visto que a doença não representa uma sentença de morte como no passado (ALMEIDA; LABRINICI, 2007). Recuperar a capacidade de se relacionar, interagir, amar e trabalhar em sociedade faz também com que as pessoas avaliem melhor as suas vidas (Ayres, 2002). Nesse ínterim, merecem destaque estudos que têm avaliado esses aspectos biopsicossociais com o intuito de contribuir para o bem-estar psicológico, a aderência ao tratamento e a avaliação de qualidade de vida no contexto do HIV/AIDS (ALMEIDA; LABRINICI, 2007; NEMES et al., 2009).

Em relação à condição clínica (assintomáticos, sintomáticos, AIDS) não se identificaram diferenças estatísticas entres os domínios. Entretanto, é possível haver relação entre os aspectos biológicos e os de natureza psicossocial. A condição clínica percebida como sintomática pode possibilitar avaliações negativas sobre os domínios: físico, nível de independência, psicológico e das relações sociais, subentendendo-se uma baixa qualidade de vida (NEMES et al., 2009).

Em relação ao domínio psicológico sentimentos positivos, cognição, autoestima, a adesão correta do tratamento, traz consequências positivas a saúde dos pacientes e aumento da qualidade de vida, modificando a ideia mortal da infecção do HIV- AIDS (ROMEY et al., 2012). A depressão tem se demonstrado fator condicionante e responsável pela aceleração da doença, menor qualidade de vida e prevalência de comportamento de não adesão (LESERMAN, 2003; GÓMEZ; BARRIENTOS; CÁRDENA, 2017).

No domínio da Espiritualidade/Crenças Pessoais e Religião encontrou-se o índice mais baixo de qualidade de vida. Estudos mostram que esse domínio tem auxiliado no aumento da qualidade de vida dando suporte, apoio e integração social dos pacientes infectados, com isso contribuindo para a adesão ao tratamento (GÓMEZ; BARRIENTOS; CÁRDENAS, 2012; BERENQUER et al., 2012).

Na autoavaliação da Qualidade de Vida, observou-se a maior média. Ao longo do processo de saúde/doença as pessoas vão se adaptando e aprendendo a conviver com a doença e a percepção de qualidade de vida vai se modificando (BALLESTER-ARNAL et al., 2015).

Em relação à análise da adesão dos pacientes ao tratamento antirretroviral identificou-se um índice elevado (97,5%) de pacientes que tem uma baixa

adesão ao tratamento. Entretanto, 22,2% destes pacientes que informaram baixa adesão atingiram um somatório entre 70 e 74, próximo à adesão adequada. A literatura aponta índices mais satisfatórios de adesão que variam entre 45% a 75% (PEDROSO et al., 2012; GALVÃO et al., 2015; ORTEGO et al., 2011). No entanto, há de se considerar as diferenças de metodologias que interferem na comparação dos dados.

Embora não tenha se identificado relação entre os domínios de qualidade de vida e adesão a terapia antirretroviral, 40% dos entrevistados relataram deixar de tomar a medicação quando observavam melhora ou piora no bem estar físico (domínio físico) e 60% deixavam de tomar o medicamento quando estavam tristes (domínio psicológico).

A adesão aferida por meio do autor relato tende a ser superestimada quando comparada aos registros de dispensação de medicamentos pela farmácia ou mesmo as informações contidas no prontuário (ORTEGO et al., 2015), o que torna os achados do presente estudo mais preocupante, visto que praticamente a totalidade dos entrevistados não adere de forma adequada à TARV, em um dos Estados com maior índice de casos notificados no país. Assim, entende-se que o fenômeno estudado nos seis municípios catarinenses precisa ser melhor investigado a fim de identificar os reais motivos pelos quais as pessoas não estão aderindo. Ainda, é preciso considerar que a adesão à terapia antirretroviral é determinante para o tratamento e controle do HIV e, é preditiva para a supressão do vírus, progressão da doença, resistência medicamentosa e melhoria dos serviços de saúde (MAGGILOLO et al., 2005). A incidência de mortalidade em pacientes que não estão em tratamento antirretroviral é 30 vezes maior do que nos pacientes que tomam o coquetel medicamentos (SHAH et al., 2012).

Inúmeros fatores podem estar relacionados a não adesão ao tratamento antirretroviral: consumo de substâncias ilícitas e álcool (REGO; REGO, 2010); falta de conhecimento, esclarecimentos, ações e programas voltados para seu problema, assim como a falta de capacitação dos profissionais para lidar com o público alvo (COLOMBRINI; DE MORAES LOPES; FIGUEIREDO, 2006); desconforto do tempo da terapia (BRASILEIRO; CUNHA, 2011); efeitos colaterais do medicamentos (BRASILEIRO; CUNHA, 2011); baixa escolaridade e fatores socioeconômicos (DOS

Corroboramos com a afirmativa de que a adesão é mediada por diversos vetores, incluindo questões demográficas, clínicas e emocionais do doente (MARGALHO et al., 2011). Ainda, é imprescindível construir modelos integradores e interdisciplinares, que possibilitem compreender e atuar de forma eficaz com o intuito de promover a melhoria da qualidade de vida do paciente. Uma análise dos fatores relacionados a adesão e a qualidade de vida de forma isolada, desconectada da complexidade que envolve esta população, possivelmente não atingirá o resultado favorável de melhora na adesão a TARV e na QV de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante do exposto, entende-se necessário implementar estratégias que conduzam à melhoria da adesão ao tratamento, a fim de garantir eficácia terapêutica e aumento da sobrevivência do paciente. Neste sentido a assistência em saúde tem papel fundamental, realizada por meio de equipes de trabalho

interprofissional para uma abordagem adequada às dificuldades médicas e psicossociais. O acolhimento e a escuta são imprescindíveis para criar o vínculo com o serviço e a equipe de saúde e eliminar estigmas e preconceito além de contribuir para a identificação dos principais fatores de riscos para a não-adesão.

REFERÊNCIAS

AFFELDT, A.B.; SILVEIRA, M.F.; BARCELOS, R.S. **Perfil de pessoas idosas vivendo com HIV/aids em Pelotas: sul do Brasil; 1998 a 2013.** Epidemiol Serv Saúde. v. 24; n. 1; p. 79-86; 2015.

ALMEIDA, M.R.C.; LABRINICI, L.M.A. **A trajetória silenciosa de pessoas portadoras do HIV contada pela história oral.** Ciênc Saúde Coletiva. v. 12; n. 1; p. 263-274; 2007.

AMMON, N.; MASON, S.; CORKERY, J. M. **Factors impacting antiretroviral therapy adherence among human immunodeficiency virus–positive adolescents in Sub-Saharan Africa: a systematic review.** Public health, v. 157, n.4, p. 20-31, 2018.

AYRES, J.R.C.M. **Educational practices and the prevention of HIV/AIDS: lessons learned and current challenges.** Interface - Comunic; Saúde; Educ. v. 6; n. 11; p. 11-24; 2002.

BALDERSON, B.H. et al. **Chronic illness burden and quality of life in an aging HIV population.** AIDS care. v. 25; n. 4; p. 451-458; 2013.

BALLESTER-ARNAL, R. et al. **Spanish study on psychological predictors of quality of life in people with HIV.** Rev AIDS and Behavior. v. 20; n. 2; p. 281-291; 201

BERENGUER, J. et al. **Sustained Virological Response to Interferon Plus Ribavirin Reduces Non–Liver-Related Mortality in Patients Coinfected With Human Immunodeficiency Virus and Hepatitis C Virus.** Clinical infectious diseases. v. 55; n. 5; p. 728-736; 2012.

Brasil. **Lei Nº 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de AIDS. Diário Oficial da União, 1996.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST AIDS. **Manual de Adesão ao Tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS.** Brasília. 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, **Aids e Hepatites Virais.** Boletim Epidemiológico AIDS e DST. Brasília. 2015.

BRASILEIRO, M.E.; CUNHA, L.C. **Diagnósticos de enfermagem em pessoas acometidas pela síndrome da imunodeficiência adquirida em terapia antirretroviral.** Rev Enferm UERJ. v. 19; n. 3; p. 392-396; 2011.

COLOMBRINI, M.R.C.; DE MORAES LOPES, M.H.B.; DE FIGUEIREDO, R.M. **Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS.** Rev Esc Enferm USP. v. 40; n. 4; p. 576-581; 2006.

DA SILVEIRA, C. C. D. F. et al. **Registro, incorporação tecnológica e produção pública de medicamento:** estudo sobre o atazanavir. Vigilância Sanitária em Debate: Sociedade, Ciência & Tecnologia. v.4, n.3, p.18-27, 2016.

DE SOUZA, M. N. et al. **Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida.** Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada. v.31; n.3; p.235-239; 2010.

DOS SANTOS, E.I. et al. **Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS.** Gestão e Saúde. v. 7; n. 1; p. 454-470; 2016.

FANG, C. T. et al. **Validation of the World Health Organization quality of life instrument in patients with HIV infection.** Qual life res. v. 11; n. 8; p. 753-762; 2002.

FAUSTINO; Q. M. **Intervenção Cognitivo-Comportamental e comportamento de adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV/AIDS.** 2006. 141f. Dissertação (mestrado) Universidade de Brasília; 2006. Disponível em:http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/9224/1/2006_Quintino%20do%20Medeiros%20Faustino.pdf. Acesso em 13 jan. 2017.

FERREIRA, B.E.; OLIVEIRA, I.M.; PANIAGO, A.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.

GALVÃO, M.T.G. et al. **Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV.** Acta Paul Enferm. v. 28; n. 1; p. 48-53; 2015.

GÓMEZ, F.; BARRIENTOS, J.; CÁRDENAS, M. **Relation between HIV status:** risky sexual behavior; and mental health in an MSM sample from three Chilean cities. Revista Panamericana de Salud Pública. v. 41; n. 4; p. 1-7; 2017.

LESERMAN, J. **HIV disease progression:** depression; stress; and possible mechanisms. Biol Psychiatry. v. 54; n. 3; p. 295-306; 2003.

MAGGIOLO, F. et al. **Similar Adherence Rates Favor Different Virologic Outcomes for Patients Treated with Nonnucleoside Analogues or Protease Inhibitor.** Clinical Infectious Diseases. v. 40; n. 1; p.158-163; 2005.

MARGALHO, R. et al. **Adherence to HAART**: quality of life and psychopathological symptoms among HIV/AIDS infected patients. *Acta Med Port.* v. 24; n. S2; p. 539-548; 2011.

NEMES, M.I.B. et al. **Adesão ao tratamento**: acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Rev Assoc Med Bras.* v. 55; n. 2; p. 207-212; 2009.

ORTEGO, C. et al. **Adherence to highly active antiretroviral therapy in Spain**. A meta-analysis. *Gac Sanit.* v. 25; n.4; p. 282-289; 2011.

PEDROSO, B. et al. **Avaliação da Qualidade de vida de portadores de HIV/Aids**: uma visão geral dos instrumentos WHOQOL-HIV e WHOQOL-HIV-BREF. *Conexões.* v. 10; n. 1; p. 50-69; 2012.

PÉREZ, F. et al. **HIV/AIDS prevention, care and treatment in the Region of the Americas**: achievements, challenges and perspectives. *Revista Panamericana de Salud Pública.* v. 40, n. 6, p. 398-400, 2016.

REGO, S.R.M.; REGO, D.M.S. **Association between the usage of alcohol by HIV patients and the adherence to the antiretroviral drug treatment**: a literature review. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria.* v. 59; n. 1; p. 70-73; 2010.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. **Adaptação brasileira do Questionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral**. *Rev Saúde Pública.* v. 41; n. 5; p. 685-694; 2007.

ROMEU, G.A. et al. **Avaliação da adesão à terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV**. *Rev Bras Farm Hosp Serv Saúde.* v. 3; n. 1; p. 37-41; 2012.

SANTO, C.C.D.E. et al. **Adesão ao tratamento antirretroviral e a espiritualidade de pessoas com HIV/AIDS**: estudo de representações sociais. *Rev Enferm UERJ.* v. 21; n. 4; p. 458-463; 2013.

SANTOS, E.C.M.D.; FRANÇA JUNIOR, I.; LOPES, F. **Quality of life of people living with HIV/AIDS in São Paulo**; Brazil. *Rev Saúde Pública.* v. 41; n. supl.2; p. 64-71; 2007.

SANTOS, N.J.S. et al. **A aids no Estado de São Paulo**. As mudanças no perfil da epidemia e perspectivas da vigilância epidemiológica. *Rev Bras Epidemiol.* v. 5; n. 3; p. 286-310; 2002.

SHAH, R.M. et al. **Highly active antiretroviral therapy reduces mortality and morbidity in patients with AIDS in Sungai Buloh Hospital**. *J Exp Clin Med.* v. 4; n. 4; p. 239-244; 2012.

SILVA, J.A.G. et al. **Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador**; Bahia State; Brazil. *Cad Saúde Pública.* v. 31; n. 6; p. 1188-1198; 2015.

SINAN. SISTEMA DE INFORMAÇÃO E AGRAVOS E NOTIFICAÇÃO DE SANTA CATARINA.2014. Disponível em <http://www.dive.sc.gov.br/index.php/sistemas-de-informacao/sistemas/sinan>. Acesso em 13 jan. 2017.

Recebido: 30/04/2018

Aceito: 03/10/2019