



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

*Vanessa Galdino Araujo<sup>1</sup>, Franciele de Oliveira Guillen<sup>1</sup>; Aúrea Regina Telles Pupulin<sup>2</sup>;  
Janete Lane Amadei<sup>3</sup>*

**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 antiretroviral; 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).

1 Acadêmicas do Curso de Farmácia do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), Maringá - Paraná. francielepop@hotmail.com, van\_galdinoaraujo@hotmail.com

2 Co-orientadora, Doutora da Universidade Estadual de Maringá (UEM), Maringá – Paraná. artpupulin@uem.br

3 Orientadora, Professora Mestre do Centro Universitário de Maringá (CESUMAR), Maringá - Paraná. janeteamadei@gmail.com



O uso de medicamentos antiretrovirais 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/facetas de qualidade de vida e sua influência na adesão ao tratamento.

## 2 MÉTODO

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 antiretroviral, 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 (WHOQOL-120HIV) da Organização Mundial de Saúde. Este instrumento é constituído seis domínios e suas facetas: Domínio I - Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso); Domínio II - Psicológico (sentimentos positivos, pensamento, aprendizagem, memória e concentração, auto-estima, 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; e.t 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 a 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.

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

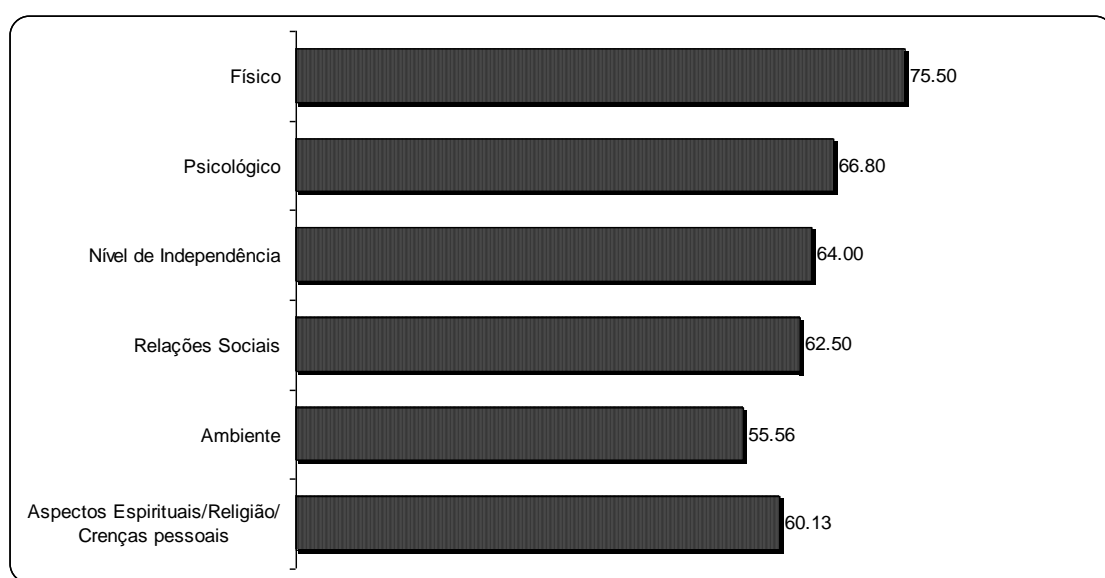
Variáveis	Idade						Total		p-valor*	
	18 a 24 anos		24 a 36 anos		37 a 60 anos		n	%		
	N	%	n	%	n	%				
Sexo	Feminino	—	—	7	28.0	11.0	44.0	18	72.0	0.1646
	Masculino	1	4.0	1	4.0	5.0	20.0	7	28.0	
Estado Civil	Casado (a)	—	—	3	12.0	1	4.0	4	16.0	0.5174
	Separado (a)	—	—	1	4.0	3	12.0	4	16.0	
	Solteiro (a)	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 fund. 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



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.

A análise comparativa dos domínios do questionário WHOQOL- 120HIV está apresentado 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).



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

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	Coeficiente de Variação	Mínimo	Máximo	Amplitude	p-valor*
Aspectos Espirituais/Religião/Crenças pessoais	13.6	1.7	12.8	10.3	18.0	7.8	Referência
Físico	16.1	3.0	18.5	9.3	19.5	10.3	0.0007**
Psicológico	14.7	2.2	15.0	11.2	20.0	8.8	0.0537***
Nível de Independência	14.2	2.9	20.4	7.0	19.0	12.0	0.3766
Relações Sociais	14.0	2.0	14.4	8.8	17.5	8.8	0.4498
Ambiente	12.9	1.4	11.1	10.6	17.5	6.9	0.1186

\* 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	0.2205
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 medias 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 antiretrovirais, o relato do diagnóstico à família e amigos não era uma questão de escolha, mas sim de necessidade, pois as conseqüências clínicas das doenças oportunistas eram rápidas e a debilitação física evidente dificultando as atividades cotidiana (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 antiretrovirais (FARIA & Seidl; 2006). Todos os antiretrovirais 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 diretamente 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 antiretrovirais (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 freqüentar 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 antiretrovirais.

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

## REFERÊNCIAS

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.

CALVETTI, U. Prislá; 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.

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.

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.

FIGUEIREDO, R. et al. Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antiretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, Ribeirão Preto, v. 9, n. 4, 2001 .



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.

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.

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.

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.

PANZINI, R. G, et.al. Qualidade de vida e espiritualidade. *Rev. Psiqu. Clín.* 34, supl 1; 105-115, 2007.

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.

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.

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.

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.