

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO

Angelo Ramos Junior

**EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO
DE ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS VIVENDO COM HIV**

Santa Maria, RS
2020

Angelo Ramos Junior

**EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO DE
ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Orientadora: Prof^ª Dr^ª. Stela Maris de Mello Padoin
Coorientadora: Prof^ª Dr^ª. Tassiane Ferreira Langendorf

Santa Maria, RS, Brasil
2020

Ramos Junior, Angelo
EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO DE
ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS VIVENDO COM HIV / Angelo
Ramos Junior. - 2020.
84 f.; 30cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Coorientadora: Tassiane Ferreira Langendorf
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa
Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós-
Graduação em Enfermagem, RS, 2020

1. HIV 2. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida 3.
Autoeficácia 4. Terapia Antirretroviral de Alta
Atividade 5. Adesão à Medicação I. Padoin, Stela Maris
de Mello, II. Langendorf, Tassiane Ferreira, III.
Título.

Sistema de geração automática de ficha catalográfica da UFSM. Dados fornecidos pelo autor(a). Sob supervisão da Direção da Divisão de Processos Técnicos da Biblioteca Central. Bibliotecária responsável Paula Schoenfeldt Patta CRB 10/1728.

Declaro, ANGELO RAMOS JUNIOR, para os devidos fins e sob as penas da lei, que a pesquisa constante neste trabalho de conclusão de curso (Dissertação) foi por mim elaborada e que as informações necessárias objeto de consulta em literatura e outras fontes estão devidamente referenciadas. Declaro, ainda, que este trabalho ou parte dele não foi apresentado anteriormente para obtenção de qualquer outro grau acadêmico, estando ciente de que a inveracidade da presente declaração poderá resultar na anulação da titulação pela Universidade, entre outras consequências legais.

Angelo Ramos Junior

**EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO DE
ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS VIVENDO COM HIV**

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado e educação em enfermagem e saúde, da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM, RS), como requisito parcial para obtenção do título de **Mestre em Enfermagem**.

Aprovado em 12 de novembro de 2020:

Stela Maris de Mello Padoin, Dra. (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Tassiane Ferreira Langendorf, Dra. (UFSM)
(Coorientadora)

Cristiane Cardoso de Paula, Dra. (UFSM)

Jackeline da Costa Maciel, Dra. (UFRR)

Santa Maria, RS
2020

DEDICATÓRIA

*Ao meu companheiro Airton Colpo Magnago
pelo apoio e compreensão, obrigado por tanto.*

RESUMO

EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO DE ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS VIVENDO COM HIV

AUTOR: Angelo Ramos Junior
ORIENTADORA: Stela Maris de Mello Padoin
COORIENTADORA: Tassiane Ferreira Langendorf

A eficácia da terapia antirretroviral altamente potente (TARV) para o tratamento da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) já está bem estabelecida na literatura científica, porém, sua efetividade depende especialmente da adesão dos pacientes à terapia, a qual sofre a influência de diversos fatores. Desse modo, deve-se considerar a expectativa de autoeficácia em aderir à TARV. O objetivo deste estudo foi avaliar se a expectativa de autoeficácia está associada à adesão à TARV. Estudo transversal desenvolvido em um serviço ambulatorial para assistência a doenças infecciosas vinculado a um hospital universitário localizado no interior do Rio Grande do Sul, Brasil. A amostra constitui-se de 156 participantes adultos infectados pelo vírus e que realizavam acompanhamento no serviço há pelo menos três meses. Os dados foram coletados a partir do questionário de caracterização dos adultos. Para avaliação da autoeficácia, foi utilizada uma escala de Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral (EEASP) e uma escala de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS (CEAT-VIH). Para a análise dos dados, foi realizada análise de correlação Spearman da adesão com autoeficácia no SPSS 21.0. Conforme os resultados deste estudo, com exceção do item 17, os demais itens da situação A apresentaram correlação significativa com a adesão global. As correlações foram de magnitude fraca e os itens que tiveram maior correlação foram Se eu estiver ocupado ou me divertindo (E5) e Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia (E13). Os itens Se eu estiver bem de saúde (E1), Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral (E2) e Se eu estiver me sentindo doente (E8) da situação B apresentaram correlação significativa com a adesão global, sendo o item E2 o que apresentou maior correlação, mas com magnitude fraca. Os itens Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo (E3), Se eu for discriminado ou rejeitado (E4), Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS (E9), Se eu tiver de tomar muitos comprimidos (E10), Se eu estiver nervoso ou irritado (E11) e Se os remédios estiverem me causando efeito ruim (E21) da situação C apresentaram correlação significativa, embora com magnitude fraca, com a adesão global. Desses, o item E3 apresentou maior correlação. Espera-se que os resultados desse estudo contribuam com a prática assistencial dos enfermeiros, no ensino, pesquisa e extensão, ampliando o olhar crítico e reflexivo em relação ao tratamento e, principalmente, que seja ferramenta para estimular a autoeficácia na forma de cuidar de pessoas vivendo com HIV.

Palavras-Chave: HIV. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Autoeficácia. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Adesão à Medicação.

ABSTRACT

EXPECTANCY OF SELF-EFFECTIVENESS TO FOLLOW ANTIRETROVIRAL PERSCRIPTION IN ADULTS LIVING WITH HIV

AUTHOR: Angelo Ramos Junior
ADVISOR: Stela Maris de Mello Padoin
CO-ADVISOR: Tassiane Ferreira Langendorf

The effectiveness of highly active antiretroviral therapy (HAART) for the human immunodeficiency virus (HIV) is already well established in the scientific literature, however, its effectiveness depends especially on patients' adherence to therapy, which is influenced by several factors. Thus, the expectation of self-efficacy in adhering to HAART should be considered. The aim of this study was to assess whether the expectation of self-efficacy is associated with adherence to HAART. Cross-sectional study developed in an outpatient service to assist infectious diseases linked to a university hospital located in the interior of Rio Grande do Sul, Brazil. The sample consisted of 156 adult participants infected by the virus and who had been followed up at the service for at least three months. Data were collected from the adult characterization questionnaire. To assess self-efficacy, a Self-efficacy scale for Adherence to Antiretroviral Treatment (EEASP) and an adherence rating scale (CEAT-HIV). For data analysis, logistic regression was performed in SPSS 21.0. According to the results of this study, with the exception of item 17, the other items in situation A showed a significant correlation with global adherence. The correlations were weak and the items that had the highest correlation were If I'm healthy (E5) and If I have to take medication several times a day (E13). Items If I'm healthy (E1), If the virus in my blood is so little that it does not appear in the viral load test (E2) and If I'm feeling sick (E8) of situation B showed a significant correlation with global adherence, with item E2 having the greatest correlation, but with a weak magnitude. Items If I'm bored and feeling down (E3), If I am discriminated against or rejected (E4), If I'm with someone I don't want them to know I have the AIDS virus (E9), If I have to take too many pills (E10), If I'm nervous or irritated (E11) and If the drugs are having a bad effect (E21) of situation C showed a significant correlation, albeit with a weak magnitude, with global adherence. Of these, item E3 showed a greater correlation. It is expected that the results of this study will contribute to the nurses' care practice in teaching, research and extension, expanding the critical and reflective look at the treatment and, mainly, that it be a tool to stimulate self-efficacy in the way of care.

Keywords: HIV. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Self-efficacy. Highly Active Antiretroviral Therapy. Medication Adherence.

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Lista dos artigos selecionados na base de dados US National Library of Medicine (PubMed), 2018.....	35
Quadro 2 - Descrição das situações relacionadas a escala de autoeficácia	48

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra de adultos em TARV para o HIV, RS, Brasil, 2019.....	49
Tabela 2 - Itens conforme a situação da Escala de Expectativa de Autoeficácia para Seguir Prescrição de Antirretroviral. Santa Maria, 2020	50
Tabela 3 - Média e desvio padrão segundo as situações da escala de autoeficácia. Santa Maria, 2020	51
Tabela 4 - Situações de autoeficácia segundo os níveis de adesão do CEAT-VIH. Santa Maria, 2020	52
Tabela 5 - Correlação de Spearman entre os itens da situação C da autoeficácia e a adesão global. Santa Maria, 2020.....	52
Tabela 6 - Correlação entre autoeficácia, indicadores clínicos e as dimensões de adesão do CEAT-VIH. Santa Maria, 2020.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

AIDS	<i>Acquired Immunodeficiency Syndrome</i>
ARV	Antirretrovirais
CAAE	Certificado de Apresentação de Apreciação Ética
CAPES	Comissão de Aperfeiçoamento de Pessoal do Nível Superior
CEAT-VIH	<i>Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy</i>
CEP	Comitê de Ética e Pesquisa
CRS	Coordenadoria Regional de Saúde
CTA	Centros de Testagem e Aconselhamento
DDAHV/MS	Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde
DP	Desvio padrão
EBSERH	Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares
ECR	Ensaio Clínico Randomizado
ELISA	<i>Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay</i>
ENONG	Encontro Nacional de ONG AIDS
ESF	Estratégia de Saúde da Família
FDA	<i>Food and Drug Administration</i>
FISMA	Faculdade Integrada de Santa Maria
GP-PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
HAART	<i>Highly Active Antiretroviral Therapy</i>
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
MCS	Modelo de Capacitação em Saúde
NVEH	Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar
OMS	Organização Mundial da Saúde
ONG	Organizações Não Governamentais
OPAS	Organização Pan-Americana de Saúde
RS	Rio Grande do Sul
SAE	Serviços de Atendimento Especializado
SICLOM	Sistema de Controle e Logística de Medicamentos
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SMS	Mensagens de texto
SUS	Sistema Único de Saúde
TALE	Termo de Assentimento Livre e Esclarecido
TARV	Terapia Antirretroviral
TC	Termo de Confidencialidade
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UBS	Unidade Básica de Saúde
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UFN	Universidade Franciscana
UFSM	Universidade Federal de Santa Maria
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS

SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO	12
1 INTRODUÇÃO	13
2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA	15
2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA EPIDEMIA DO HIV	15
2.2 ASPECTOS SOCIAIS DA EPIDEMIA DO HIV	21
2.3 ASPECTOS CLÍNICOS E ASSISTENCIAIS PARA A PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL.....	24
2.4 ASPECTOS RELACIONADOS A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL	29
2.5 EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL.....	30
3 MÉTODO	44
3.1 APRESENTAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL	44
3.2 ANÁLISE DOS DADOS	46
4 RESULTADOS	49
5 DISCUSSÃO	54
6 CONSIDERAÇÕES FINAIS	61
REFERÊNCIAS	62
APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA DE ARTIGOS NA PUBMED	76
ANEXO A – REGISTRO ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO	77
ANEXO B – ATA DE DEFESA	82
ANEXO C – HOMOLOGAÇÃO DE ATA DE BANCA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO: ASSINATURAS ELETRÔNICAS	83

APRESENTAÇÃO

O objeto de estudo desta dissertação é a expectativa de autoeficácia para adesão ao tratamento antirretroviral de adultos infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV). Além disso, este estudo está inserido em um projeto matricial desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (GP-PEFAS), vinculado à Universidade Federal de Santa Maria (UFSM) e ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, linha de pesquisa em Cuidado e Educação em Enfermagem.

O referido Projeto Matricial (guarda-chuva) denominado Adesão ao tratamento antirretroviral do HIV: intervenção e controle (sigla: TARV V), foi submetido à chamada pública do Edital Universal 01/2016 do CNPq, sendo contemplado (processo nº 408709/2016-2) com bolsa na modalidade iniciação científica (IC) e bolsa de apoio técnico de nível superior (AT-NS), além de fomento para material de consumo e permanente. Também responde à Chamada do Edital de Produtividade em Pesquisa sendo contemplada com bolsa PQ1D (processo nº 306931/2015-0) a Dra Stela Maris de Mello Padoin.

Este projeto teve como desenho de pesquisa um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) que obteve registro na Plataforma Brasileira de Registros de Ensaios Clínicos (RBR-9nt9hv)¹, e sua aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) da UFSM e tem o Certificado de Apresentação de Apreciação Ética (CAAE): 54293916.6.0000.5346, na Plataforma Brasil.

A partir do desenho de estudo, foram desenvolvidas duas teses e duas dissertações. Uma das teses intitulada “Custo-efetividade de intervenções no aumento da adesão a terapia antirretroviral e redução da carga viral em pacientes com HIV” respondeu ao objetivo geral do projeto (SANTOS, 2019) e a outra intitulada “Intervenções para a promoção da adesão a terapia antirretroviral para o HIV: revisão sistemática” (ZUGE, 2018). As dissertações responderam aos objetivos específicos das relações do suporte social na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV (OLIVEIRA, 2019) e avaliação da qualidade de vida e adesão à terapia antirretroviral de pessoas que vivem com HIV (PRIMEIRA, 2018).

Para esta dissertação, foi utilizado o banco de dados do projeto matricial, referente à avaliação inicial, período anterior à intervenção proposta no projeto, com o objetivo de responder acerca das relações da adesão com a expectativa de autoeficácia para adesão ao tratamento antirretroviral.

<http://www.ensaiosclinicos.gov.br/rg/RBR-9nt9hv/>

Destaco que a minha aproximação com a temática desta dissertação se iniciou em 2010, no primeiro ano do curso Técnico em Enfermagem, ao ouvir a fala de uma pessoa que me motivava a seguir nos estudos até hoje, Sandra Lima. Mulher, Guerreira, Resiliente, exemplo de ser humano, que se infectou durante um relacionamento estável com o ex-marido. Sandra verbalizava todo o preconceito e estigma que sofria por ser uma pessoa que vive com HIV, conseguia sentir a dor na alma e nos olhos daquele ser humano.

Ao ouvir a fala da Sandrinha, meu coração encheu de amor e vontade de ajudar tantas outras pessoas que passaram pela mesma situação. Também nesse período de qualificação, aproximei-me das temáticas de saúde mental, vulnerabilidade e estigma, elos que se entrelaçam hoje nesta dissertação.

No ano de 2012, ingressei no curso de Bacharel em Enfermagem pela Faculdade Integrada de Santa Maria (FISMA), colando grau em janeiro de 2017. No mesmo ano, ingressei na Residência Multiprofissional em Atenção Clínica Especializada com Ênfase em Infectologia e Neurologia na Universidade Franciscana (UFN), o que fortaleceu o estudo na linha do HIV.

Durante os dois anos como Enfermeiro Residente, tive a oportunidade de trabalhar na gestão (Política Municipal de HIV/AIDS), assistência (Casa Treze de Maio – Serviço Especializado no município de Santa Maria/RS) e no Hospital Casa de Saúde na atenção às pessoas que vivem com HIV.

Após anos de caminhada, em 2019, ingressei no Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, nível Mestrado, da UFSM, vinculado ao GP-PEFAS, no qual fui acolhido de forma ímpar.

Então, desenvolvi o presente estudo que responde às metas dos Objetivos do Desenvolvimento Sustentável (ODS), sendo principalmente o ODS que indica a saúde e bem-estar como forma de assegurar uma vida saudável e promover a satisfação para todos, em todas as idades, essa meta almeja que até 2030 a epidemia da AIDS seja erradicada.

1 INTRODUÇÃO

Os primeiros casos de infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) foram descobertos na África e nos Estados Unidos em meados dos anos 80. Nessa época, não havia um consenso para o tratamento clínico e os estudos realizados não apresentavam bom prognóstico relacionado à evolução clínica da infecção, causando, na maioria dos casos, evolução para *Acquired Immunodeficiency Syndrome* (AIDS) com alta letalidade (BARROS, 2018).

Diante da nova epidemia, a resposta governamental foi diferente e estava associada aos fatores sociais, econômicos, perfil epidemiológico da população e desenvolvimento técnico e científico de cada país. Como exemplifica Barros (2018), com destaque para França, Cuba, China, Tailândia, Suíça, Camarões e Brasil. Entretanto, atualmente com os estudos estatísticos, epidemiológicos e, principalmente, os estudos relacionados à indústria farmacêutica, percebe-se uma evolução no tratamento clínico dos adultos que vivem com HIV.

Com o avanço no tratamento medicamentoso e atenção às pessoas que vivem com HIV, em 1996 entra em vigor no Brasil a Lei nº 9.313, que garante a distribuição gratuita de medicamentos às pessoas que vivem com HIV pelo Sistema Único de Saúde (SUS) (BRASIL, 1996). Desse modo, desencadeia-se o desafio de manutenção deste tratamento pelo SUS e o comportamento da pessoa que vive com HIV quanto ao uso adequado dos medicamentos antirretrovirais (ARV).

Tal comportamento se refere à adesão ao tratamento antirretroviral para HIV, a qual começa com o fato de seguir a prescrição medicamentosa e o comportamento relacionado à ingestão desses medicamentos (BRASIL, 2013a). A Organização Mundial da Saúde (OMS) define a adesão ao tratamento como um comportamento que envolve vários fatores, como aspectos psicológicos e sociais, que necessitam de corresponsabilidades entre a pessoa, equipe multiprofissional e as redes sociais de apoio. Necessita-se da mesma forma, de uma abordagem que atenda às singularidades socioculturais que repercutirão na qualidade de vida das pessoas (OMS, 2003). A adesão insuficiente à Terapia Antirretroviral (TARV) está relacionada ao baixo nível educacional, ao abuso de álcool e outras drogas ilícitas (SANTOS et al., 2016).

Diante da importância de aderir ao tratamento antirretroviral, o Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) lança a meta 90-90-90. Este programa almeja que, até o ano de 2020, 90% das pessoas que vivem com HIV descubram seu diagnóstico, recebam o tratamento adequado e alcancem o nível indetectável para sua carga viral (UNAIDS, 2015). Esta meta se configura como um desafio, considerando que há fatores que interferem na adesão

e na permanência da terapia, como a condição socioeconômica, uso abusivo de substâncias psicoativas ilícitas, ausência de apoio familiar e escolaridade (SANTOS et al., 2020).

Mesmo com o avanço crescente e constante da tecnologia, percebe-se lacunas na linha de tratamento a essas pessoas, pois, mesmo com a disponibilidade de recursos para garantia do tratamento de qualidade, a adesão ao tratamento é insuficiente. Esta é influenciada pelas crenças que o indivíduo constrói durante o processo de vida, sejam elas culturais ou sociais e o quanto ele acredita na sua potencialidade para seguir uma prescrição de ARV, desenvolvendo socialmente uma crença de autoeficácia (DE MELO et al., 2016).

A eficácia da TARV para o HIV já está bem estabelecida na literatura científica (BRASIL, 2018a), porém, sua efetividade depende especialmente da adesão dos pacientes aos medicamentos ARV e da expectativa de autoeficácia em aderir à terapia. Na perspectiva cognitivo-social, a expectativa de autoeficácia é o mecanismo central das ações humanas realizadas intencionalmente (BANDURA, 1995).

O psicólogo canadense Albert Bandura define a expectativa de autoeficácia como o julgamento do sujeito sobre sua habilidade para desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento como para tomar medicamentos conforme a prescrição e a convicção na capacidade pessoal de controlar as circunstâncias que possam dificultar esse comportamento. Diante disso, a autoeficácia interfere nos comportamentos de saúde, uma vez que determina o nível de motivação, de modo que quanto mais efetiva a confiança nas capacidades pessoais, maiores e mais longos serão os esforços. Isso, pois, uma pessoa não se envolverá em uma atividade e não adotará objetivos com determinado fim a menos que acredite ser capaz de desenvolvê-la com sucesso (BANDURA, 1997, 1978).

Dessa forma, interroga-se: qual a expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de ARV em adultos vivendo com HIV? O **objetivo** deste estudo foi avaliar a expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de ARV em adultos vivendo com HIV com base nos postulados de Bandura e na aplicação de uma escala de Autoeficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral.

2 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

Na abordagem do tema da expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de ARV em adultos vivendo com HIV, é relevante discutir sobre a evolução histórica da infecção, seus aspectos sociais, suas características clínicas e necessidade de planejamento assistencial. Avaliar quais são os fatores relacionados à adesão ao TARV também é importante, uma vez que são preditores de autoeficácia para seguir a prescrição.

A autoeficácia para seguir o tratamento e aderir de forma positiva aos ARV é um processo multifatorial que envolve aspectos sociais, políticos e assistências. Nesse sentido, modelos sociais influenciam diretamente a expectativa de autoeficácia porque é a partir desses apoios que se constrói o êxito em aderir ou não ao tratamento medicamentoso.

2.1 ASPECTOS HISTÓRICOS, POLÍTICOS E EPIDEMIOLÓGICOS DA EPIDEMIA DO HIV

Os primeiros relatos da AIDS foram publicados em 1981, nos Estados Unidos, quando foram notificados vários casos de pneumonia e sarcoma de Kaposi em homens que faziam sexo com homens previamente saudáveis (RACHID; SCHECHTER, 2017). Embora a infecção pelo HIV tenha sido descrita inicialmente nos Estados Unidos, na Europa Ocidental e na África, em menos de 20 anos, a AIDS transformou-se numa epidemia de grandes proporções, com focos de disseminação e propagação em todos os continentes (LIMA et al., 1996).

No Brasil, os primeiros casos de infecção pelo HIV foram identificados em 1982, mostrando que a estratégia pioneira do Programa de AIDS de São Paulo em incorporar os representantes da sociedade civil, desde os primeiros instantes, imprimiu definitivamente um modelo de atenção pública que seria adotado em todo o Brasil. Isso infundiu também as estratégias do Programa Nacional para garantir sua hegemonia na implantação de políticas de controle da epidemia nas diferentes regiões e, sobretudo, reconheceu a parceria com as nascentes organizações não governamentais (ONG) como fator eficiente para a consolidação da resposta nacional à epidemia (BRASIL, 2015).

A primeira droga ARV, a zidovudina ou AZT, para utilização no tratamento da AIDS, foi aprovada em 1986 pelo órgão norte-americano de controle sobre produtos farmacêuticos *Food and Drug Administration* (FDA), revelando um impacto discreto sobre a mortalidade geral das pessoas que viviam com a infecção. Em 1994, um novo grupo de drogas para o tratamento da infecção passou a ser estudado, os inibidores de protease. Essas drogas

demonstraram potente efeito antiviral isoladamente ou em associação com drogas do grupo do AZT, terapia que foi denominada como coquetel. Houve diminuição da mortalidade imediata, melhora dos indicadores da imunidade e recuperação de infecções oportunistas. Essa terapia apresentava um custo financeiro elevado, grande número de comprimidos tomados por dia e efeitos colaterais frequentes e intensos, o que diminuía consideravelmente a adesão ao tratamento (MORO, 2018).

Nos anos seguintes à descoberta da zidovudina, foram sendo descobertos outros importantes ARV, mas, somente em 1996, com o início da TARV tripla ou *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), ficou evidenciada a eficácia desses medicamentos na evolução clínica da infecção. A TARV tripla se configura pela combinação de três ou mais ARV, no qual dois devem ser de classes diferentes para impedir a replicação viral (BRASIL, 2018; BROJAN et al., 2020). Entre 2005 e 2014, o Ministério da Saúde mais do que dobrou o total de pessoas vivendo com HIV com acesso ao tratamento com ARV no país, passando de 165 mil em 2005 para 400 mil em 2014. Atualmente, o SUS oferece gratuitamente 22 medicamentos para os pacientes com HIV desse total, entre os quais 12 são produzidos no Brasil (BRASIL, 2015).

Reconhecido internacionalmente por sua política pública para pessoas vivendo com HIV, o sucesso do programa paulista pode ser atribuído a uma série de mudanças sociais e políticas na década de 80. Dentre essas mudanças estão: a redemocratização do país, a Reforma Sanitária e a construção do SUS, a participação da sociedade civil, a mobilização de diversos setores, o equilíbrio entre prevenção e tratamento e a promoção sistemática dos direitos humanos em todas as estratégias e ações (SÃO PAULO, 2020).

As políticas públicas relacionadas à epidemia no país foram construídas inicialmente nos anos 80 e 90, com marco temporal em quatro períodos (GALVÃO, 2000):

1982 a 1985 – eleição de forças progressistas, notificação dos primeiros casos de infecção pelo HIV, criação do programa de AIDS do Estado de São Paulo, fundação das primeiras ONG com ações pautadas em HIV, omissão do governo, o que ocasionou um momento de pânico e preconceito;

1986 a 1990 – com o governo do José Sarney e a redemocratização lenta da sociedade brasileira, cria-se uma resposta em nível federal, mudanças na organização e coordenação do programa nacional de AIDS, abordagem pragmática da epidemia, aumento do auxílio internacional, crescimento do número de ONG com atividades voltadas para o HIV e mobilização importante das pessoas que viviam com HIV;

1990 a 1992 – Governo Collor, trazendo uma sensação inicial de otimismo, esperança de mudanças nas políticas em relação à infecção pelo HIV, suspensão de elementos importantes do programa nacional de AIDS durante o governo, apresentou incompatibilidade crescente com o programa nacional de AIDS e os demais setores envolvidos na formulação de respostas frente à epidemia, suspensão das principais relações internacionais do programa nacional, como, por exemplo, o Programa Global de AIDS da OMS;

1992 a 1997 – Impeachment do Presidente Fernando Collor de Mello, estabelecimento de um novo governo, maior colaboração nos primeiros anos do governo, principalmente, por conta da experiência ineficiente da administração anterior no programa nacional de AIDS, disposição da sociedade civil para trabalhar juntamente ao Estado. Destacam-se algumas estratégias para diminuir o avanço da epidemia mundialmente, como o programa brasileiro de distribuição universal e gratuita dos medicamentos ARV às pessoas que vivem com HIV, que passou a vigorar desde 1996 com a lei 9.113/96 (CARVALHO et al., 2019).

Constitucionalmente, as pessoas vivendo com o HIV são amparadas pela legislação, o que garante acesso à saúde pública e ao respeito à dignidade humana. Em seu Artigo 5º, a Constituição Brasileira institui que “Todos são iguais perante à lei, sem distinção de qualquer natureza, garantindo-se aos brasileiros e aos estrangeiros residentes no País a inviolabilidade do direito à vida, à liberdade, à igualdade, à segurança e à propriedade” (BRASIL, 1988).

Com relação aos direitos sociais, o Artigo 6º da Constituição define:

São direitos sociais a educação, a saúde, a alimentação, o trabalho, a moradia, o transporte, o lazer, a segurança, a previdência social, a proteção à maternidade e à infância, a assistência aos desamparados, na forma desta Constituição. Amparados pela Constituição, as pessoas que vivem com HIV, assim como todo e qualquer cidadão brasileiro, têm direitos garantidos. Além disso, existem diversos dispositivos legais a que as pessoas vivendo com HIV podem recorrer (BRASIL, 1988).

Segundo a Instrução Normativa INSS/PRES nº 45 de 2010 (BRASIL, 2010), a qualquer brasileiro que seja segurado e que não executar suas atividades laborais por conta de doença incapacitante ou acidente por mais de quinze dias consecutivos é assegurado o auxílio-doença. A pessoa que vive com HIV terá direito ao benefício sem a necessidade de cumprir o prazo mínimo de contribuição e desde que tenha qualidade de segurado. O auxílio-doença deixa de ser pago quando o segurado recupera a capacidade e retorna ao trabalho ou quando o benefício se transforma em aposentadoria por invalidez, a concessão de auxílio-doença ocorrerá após comprovação da incapacidade em exame médico pericial da Previdência Social. A aposentadoria por invalidez é caracterizada pela mesma normativa e é um benefício ofertado a

quem sofre de alguma incapacidade incurável e que impossibilite a realização das atividades laborais. Para acessar a aposentadoria, é preciso contribuir para a Previdência Social por, no mínimo, 12 meses no caso de doença (UNAIDS, 2017).

Todas as pessoas vivendo com HIV no Brasil têm direito ao tratamento gratuito segundo a Lei nº 9.313 de 1996 e ninguém pode ter o acesso proibido ao tratamento ou aos medicamentos que o Sistema Público disponibiliza. Em caso de restrição ao acesso, sugere-se procurar os conselhos municipais de saúde e, caso a dificuldade permaneça, o usuário pode entrar com processo judicial. É importante destacar que, em junho de 2014, foi aprovada a Lei nº 12.984 que respalda as pessoas que vivem com HIV em casos de situações de discriminação, possibilitando, quando violada a lei, realizar boletim de ocorrência na delegacia e entrar com ação judicial contra os agressores (BRASIL, 1996; BRASIL, 2014).

Com a reorganização das políticas públicas de saúde, algumas ações estão sendo promovidas por programas sociais, inclusive, pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV. Esse programa tem como objetivo erradicar no mundo a epidemia de HIV até 2030, o que se construiu então a idealização da tríplice meta 90-90-90. Essa construção deseja metas definitivas e ambiciosas, como a de que até 2030, 90% de todas as pessoas vivendo com HIV sejam diagnosticadas, 90% destas recebam TARV e 90% das que receberiam TARV apresentem supressão viral (UNAIDS, 2015; BONES; COSTA et al., 2018).

O perfil epidemiológico do HIV e as tendências iniciais de infecção e transmissão também foram se modificando ao longo dos anos. A ideia inicial no surgimento da epidemia foi a utilização temporária do termo Doença dos 5 H - Homossexuais, Hemofílicos, Haitianos, Heroínômanos (usuários de heroína injetável) e *Hookers* (profissionais do sexo em inglês) (BRASIL, 2019).

Desde o início dos anos 80, antes da descoberta do agente etiológico da AIDS, existiam evidências epidemiológicas de que outros grupos populacionais, além dos homens que fazem sexo com outros homens, apresentavam risco significativo de infecção (GRANGEIRO et al., 2015). Um dos primeiros grupos identificados foi o de pessoas que receberam transfusões de sangue e derivados, bem como, usuários de drogas injetáveis heterossexuais, caracterizando, assim, de modo evidente, a transmissão heterossexual, o que desconstruiu o conceito de grupo de risco (LIMA et al., 1996).

Essa ideia de grupo de risco foi sendo substituída pelo conceito de comportamento de risco, o qual se revela como atividades que possam colocar em risco a saúde, como o consumo de bebidas alcoólicas, o tabagismo, hábitos alimentares inadequados, a inatividade física, o sexo desprotegido e, posteriormente, a vulnerabilidade (BARBOSA; CASOTTI; NERY, 2016).

Originário da área da advocacia internacional pelos Direitos Universais do Homem, o conceito de vulnerabilidade mostra-se, em sua origem, como a caracterização de indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, relacionados com a promoção, proteção, ou na garantia de seus direitos como cidadãos (ALVES, 1994).

A compreensão da vulnerabilidade está dividida em três componentes que se inter-relacionam: vulnerabilidade individual, que se identifica diante dos fatores físicos, mentais ou comportamentais de uma pessoa; vulnerabilidade social, que analisa aspectos culturais, religiosos, políticos e econômicos; e vulnerabilidade programática, que avalia as formas pelas quais as políticas, os programas e os serviços intervêm nas situações sociais e individuais das pessoas (AYRES et al., 2006).

Para minimizar tais vulnerabilidades, é importante conhecer a situação epidemiológica da epidemia, que é acompanhada a partir da vigilância dos novos casos de infecção pelo HIV, e o monitoramento da evolução da epidemia pelo Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, que no início da epidemia era chamado de Departamento de DST/AIDS e Hepatites Virais do Ministério da Saúde (DDAHV/MS). A Vigilância Epidemiológica tem por finalidade observar e analisar as situações epidemiológicas da infecção pelo HIV, o que pode auxiliar na formulação, articulação e execução da promoção, prevenção e recuperação da saúde (AYRES et al., 2017).

A notificação compulsória da AIDS no Brasil teve início com as publicações da Portaria nº 542 de 22 de dezembro de 1986, da Portaria nº 1.271 de 6 de junho e da Portaria nº 1.984 de 12 de setembro, no ano 2014, quando ocorreu a inclusão da infecção pelo HIV na Lista de Notificação Compulsória e na lista nacional de doenças e agravos a serem monitorados (BRASIL, 1986; BRASIL, 2014).

A notificação da infecção compulsória passa a ocorrer logo no início do diagnóstico, e não somente quando há evolução para doença. Entretanto, essas portarias eram restritas para os casos de infecção em gestante, parturiente, puérpera e criança exposta ao risco de transmissão vertical do vírus (BRASIL, 1986; BRASIL, 2014). No ano de 2016, conforme recomendação da Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS), o Ministério da Saúde passou a notificar e contabilizar os casos de diagnóstico reagente para o HIV também em adultos (SANTOS; SILVA, 2016).

No Brasil, atualmente, para todos os novos casos de pessoas infectadas pelo HIV, deve ser realizada a notificação compulsória nos sistemas de vigilância do Ministério da Saúde. Isso possui o objetivo de aprimorar o manejo da infecção, iniciar o tratamento precoce, visando a diminuição dos casos de evolução da doença e a reformulação das políticas voltadas para essa

população, o que impacta na fabricação e evolução da eficácia dos medicamentos ART (BRASIL, 2019).

Segundo estatísticas globais da UNAIDS (2019), desde o ano de 2012, 37,9 milhões de pessoas vivem com HIV no mundo. No Brasil, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de HIV, que passou de 21,4/100.000 habitantes, em 2012, para 17,8/100.000 habitantes, em 2018, configurando um decréscimo de 16,8%. No período de 1980 a junho de 2019, foram notificados 966.058 casos de AIDS e, em 2018, foram diagnosticados 43.941 novos casos de HIV e 37.161 casos de AIDS (BRASIL, 2019).

De 2007 a 2019, foram notificados no Sinan 300.496 casos de infecção pelo HIV. Destes, na região Sudeste, foram notificados 136.902 (45,6%) casos, na região Sul, 60.470 (20,1%) casos, na região Nordeste, 55.090 (18,3%) casos, na região Norte, 26.055 (8,7%) casos, e, na região Centro-Oeste, foram notificados 21.979 (7,3%) casos. Em 2018, foram notificados 43.941 casos de infecção em adultos, sendo 16.586 (37,7%) destes na região Sudeste, 7.838 (17,8%) na região Sul, 10.808 (24,6%) na região Nordeste, 5.084 (11,6%) na região Norte e 3.625 casos (8,2%) na região Centro-Oeste (BRASIL, 2019).

A razão de sexos apresenta diferenças regionais importantes, mas com predomínio de casos em homens. Em 2018, a razão de sexos ficou distribuída da seguinte forma: 26 casos em homens para cada 10 casos em mulheres nas regiões Sudeste e Centro-Oeste; 23 casos em homens para cada 10 casos em mulheres nas regiões Norte e Nordeste; e 18 casos em homens para cada 10 mulheres na região Sul, demonstrando maior proporção de mulheres no total de casos de HIV. A maior concentração dos casos de HIV no Brasil foi observada nos indivíduos com idade entre 25 e 39 anos de ambos os sexos. Os casos nessa faixa etária correspondem a 52,4% dos casos do sexo masculino e a 48,4% do total de casos registrados de 1980 a junho de 2019 entre as mulheres (BRASIL, 2019).

Entre os homens, no ano de 2018, as regiões Sudeste e Centro-Oeste apresentaram predomínio da categoria de exposição de homo/bissexual (46,5% e 42,8%, respectivamente). Enquanto isso, nas demais regiões, o predomínio foi entre heterossexuais. No mesmo ano, a região Centro-Oeste apresentou a maior proporção de usuários de drogas injetáveis com 3,5% dos casos, após aumento de 20,6% na comparação com o ano anterior. Entre as mulheres, a categoria mais prevalente (acima de 80%) de transmissão em todas as regiões foi a sexual. Quando observada a categoria de usuários de drogas injetáveis, ao contrário do verificado entre homens, as maiores proporções ocorreram nas regiões Norte (1,7%) e Sudeste (1,7%) (BRASIL, 2019).

2.2 ASPECTOS SOCIAIS DA EPIDEMIA DO HIV

A associação da infecção pelo HIV com uma situação vergonhosa é decorrente do grupo de pessoas que foram infectadas no início da epidemia, pois, pessoas que vivem com HIV são socialmente culpabilizadas pela infecção, apesar do avanço importante da ciência em relação ao tratamento, caracterizando a infecção como situação crônica manuseável. Além disso, pessoas que vivem com a infecção são estigmatizadas e rotuladas culturalmente pelas crenças que foram construídas nesses 30 anos de epidemia (PARKER, 2019).

O estigma é um termo que foi desenvolvido pelos gregos para classificar pessoas conforme sinais corporais que as mesmas apresentavam. A partir desses sinais, era possível identificar algo de extraordinário e negativo para a época por meio de marcações a ferro e fogo, ou por cortes superficiais na pele. Para mostrar que essa pessoa era escrava, criminoso ou traidor, seres humanos que carregavam essa marca precisariam ser evitados por serem impuros. Em seguida, a era cristã aprimorou essa identificação para pessoas que apresentavam religião diferente da cristã e que nasciam com algum tipo de deficiência física, tornando-se também estigmatizadas (GOFFMAN, 1969).

Nesse sentido, a estigmatização do ser humano foi construída a partir de três tipos sociais diferentes, deformidades físicas, situações de caráter individual que eram percebidas como ausência de motivação para fazer o normativo, esses comportamentos, eram paixões ilegais, pessoas que apresentavam transtorno mental, pessoas privadas de liberdade, uso abusivo de álcool e outras drogas, atração pelo mesmo sexo, desemprego, tentativa de suicídio e comportamento político radical, assim como, estigma tribais de raça, nação e religião, essas crenças podem ser transmitidas de pessoa para pessoa através das verbalizações e pensamentos estigmatizadores construídos socialmente e reproduzidos por membros de uma mesma família (GOFFMAN, 1969).

No contexto da infecção, o estigma torna-se um obstáculo importante, tanto para a prevenção quanto para o tratamento. Com isso, pessoas expostas a situações cotidianas que as estigmatizam, desenvolvem uma crença de não aceitação, medo da revelação ou descoberta do diagnóstico por pessoas próximas. Esse processo de discurso preconceituoso acaba, em muitos casos, dificultando o acesso à testagem pelo receio de ser atendido por um profissional de seu convívio que possa descobrir ou suspeitar de um diagnóstico reagente para HIV. Esse medo criado pela sociedade em entorno da infecção é um fator prejudicial na resposta à epidemia. A palavra estigma possui um sentido negativo, corroborando com diferenciação, normalmente, injustificado e gera, conseqüentemente, a exclusão social e invisibilidade em relação às

qualidades do indivíduo. Assim, pode-se dizer que pessoas que vivem com HIV suportam o preconceito e atitudes estigmatizadoras com relação a sua situação de saúde, o que produz frustração e redução na sua expectativa de vida e adesão ao tratamento (OLIVEIRA et al., 2017; SILVA, CUETO, 2018).

O indivíduo que sofre pelo estigma apresenta sentimento de inferioridade ou limitação em relação aos demais, pois suas características são reduzidas à infecção pelo HIV. Isso faz com que todas as suas qualidades sejam imperceptíveis. Desse modo, alguns estigmas se fazem presentes durante o processo de aceitação, sendo um deles a autoestigmatização, no qual a pessoa que descobre o diagnóstico acaba se culpando pela infecção e, assim, dificulta o autocuidado e adesão ao tratamento (PARKER, 2013).

Ao se considerar o estigma como barreira de dificuldade de acesso, a pessoa que vive com HIV não revela o seu diagnóstico nos serviços de apoio e assistência disponíveis, prejudicando a prevenção da transmissão para outras pessoas. Além disso, a associação do HIV ao comportamento inadequado e à morte faz com que as pessoas que vivem com a infecção não procurem os serviços de saúde por medo do estigma que remete constantemente aos grupos discriminados no início da epidemia que ainda são socialmente marginalizados. Assim, o indivíduo que procura atendimento e sofre desrespeito ou atendimento hostil sente-se negligenciado, o que diminui a expectativa de autoeficácia para seguir medidas satisfatórias relacionadas ao acompanhamento. Esse estigma pode ser amenizado com discursos positivos em relação à infecção pelo HIV, como aqueles em que a infecção afeta todos os gêneros e que o apoio social e familiar é essencial para aceitação do diagnóstico (JESUS et al., 2017; GOMES et al., 2019).

Embora, na maioria das sociedades o comportamento sexual considerado aceito culturalmente seja definido como o sexo entre homem e mulher dentro do casamento, na realidade cotidiana, as pessoas praticam uma ampla gama de comportamentos sexuais. Nesse sentido, os programas de prevenção podem reduzir a discriminação e promover abordagens adequadas ao sexo mais seguro entre diferentes grupos sociais. Esses programas de prevenção podem também utilizar uma metodologia de fácil entendimento, com o intuito de acolher e educar o indivíduo para a saúde, dispendo atenção às pessoas e aos grupos sociais que elas fazem parte. Assim, essas ações elevam o acesso ao apoio social, diminuindo o estigma e a discriminação (FACCHINI, PINHEIRO, CALAZANS, 2018).

A Carta das Nações Unidas foi um documento que marcou a fundação da Organização das Nações Unidas, que defende o respeito ao ser humano em todas as suas dimensões e igualdade para e entre todas as pessoas, defende também que a espécie humana necessita de

direitos fundamentais, dignidade e acesso ao trabalho, além de igualdade entre homens e mulheres em todas as nações do planeta (ONU, 1945).

Em 1948, os membros da Assembleia Geral das Nações Unidas assinaram a Declaração Universal dos Direitos Humanos, almejando que todos os povos e nações do planeta devem usufruir de proteção e de direito fundamentais. Nessa declaração, também foi destacado que todas as pessoas são iguais, independente de raça, cor, sexo, língua, religião, opinião política ou de outra natureza, origem nacional ou social, riqueza, nascimento, ou qualquer outra situação (Assembleia Geral da ONU, 1948).

No Brasil, no ano de 1989, profissionais da saúde e membros da sociedade civil criaram, com o apoio do Ministério da Saúde, a Declaração dos Direitos Fundamentais da Pessoa que vive com HIV. Esse documento foi aprovado durante o primeiro Encontro Nacional de ONG AIDS (ENONG), em Porto Alegre, Rio Grande do Sul (RS), e declara que a pessoa vivendo com HIV tem o direito de manter em sigilo o seu diagnóstico no ambiente de trabalho. Isso inclui testes de admissão, testes periódicos ou de demissão, nos quais o profissional médico tem a obrigação de somente averiguar a capacidade laborativa do colaborador nos exames legais (Art.168 da CLT), sem referência a seu estado sorológico. Em caso de violação, deve-se registrar o ocorrido na Delegacia do Trabalho mais próxima (UNAIDS, 2017).

Apesar dos grandes avanços no que tange ao tratamento, adesão e distribuição universal dos medicamentos ARV, questões de cunho social continuam a prejudicar as pessoas vivendo com HIV e termos depreciativos ainda são utilizados, renovando a visão preconceituosa em relação a essas pessoas. No estudo de Pereira, Szwarcwald e Damacena (2019), percebe-se discrepância nas atividades laborais por questão de gênero. Para o homem, a impossibilidade de realizar as atividades laborais se torna um fator que interfere na masculinidade, ocasionando diversos agravantes para a saúde física e mental. Quando o indivíduo é encaminhado à aposentadoria por invalidez, o mesmo acaba se sentindo inferior aos outros e automaticamente exclui-se.

No cotidiano de vida da mulher, esse fator interfere como agravante para uma possível demissão, caso o empregador tenha acesso à informação do diagnóstico, o que impacta na renda familiar e prejudica essa mulher em relação à independência financeira, à ocupação com atividades laborais. Além disso, a ocupação com atividades laborais é importante para distrair os pensamentos em relação à infecção. Para ambos os gêneros, manter o emprego está ligado à adequação dos horários das consultas médicas em horários comerciais, que são agendadas no horário da jornada de trabalho (PEREIRA, SZWARCWARD, DAMACENA, 2019).

O retorno ao mercado de trabalho é fator importante para reinserção da pessoa que vive com HIV na sociedade, porém, a informalidade trabalhista atrai olhares dessas pessoas que estão retornando no intuito de ser menos exigente. Em contrapartida, a informalidade trabalhista fortalece a precariedade laboral e a diminuição dos direitos trabalhistas. O aumento da procura por trabalho informal corrobora com a fragilidade do entendimento das pessoas sobre a infecção pelo HIV, permeado pelo estigma e preconceito cultural. Esses fatores dificultam o acesso dessas pessoas ao mercado de trabalho formal e a possibilidade de trabalho aumenta a superação da descoberta do diagnóstico e convivência com a infecção, o que aumenta a autoeficácia para manter um tratamento satisfatório (PEREIRA, 2016; ARAÚJO et al., 2019).

A falta de oportunidade no mundo do trabalho para pessoas que vivem com a infecção aumenta a desqualificação profissional e afeta a dimensão emocional e psicossocial desses indivíduos, gerando baixa autoestima e insatisfação com a vida. Isso implica também na procura e aceitação dos atendimentos de saúde e diminui a rede de apoio social. Por consequência, a ausência ou deficiência desses suportes biopsicossociais dificultam a aceitação do HIV e adesão ao tratamento, além de estar associada à depressão, ansiedade, aumento de ideias suicidas, baixa qualidade de vida e reflexo negativo nas relações sociais (SILVA et al., 2015; PATRÍCIO et al., 2019).

Sabe-se que pessoas empregadas aderem mais à TARV. Após o diagnóstico, é preciso ressignificar processos de vida, sendo um deles o mercado de trabalho. Isso ocorre como forma de objetivar metas, aumentar a independência e dar sentido aos dias, utilizando a ocupação laboral como disparador para aceitação da infecção. É visto que o trabalho reinsere esse indivíduo na sociedade para desempenhar um papel social e, conseqüentemente, torna-o economicamente ativo e independente financeiramente. Desta maneira, as pessoas que vivem com HIV vivenciam os estigmas e crenças culturalmente criados sobre a infecção pelo HIV, corroborando com a autoaceitação como ser humano e, mesmo imersos nesse novo cotidiano de vida, é possível reconstruir um novo caminho que favoreça o autocuidado e a aceitação do diagnóstico (ALANI, 2019).

2.3 ASPECTOS CLÍNICOS E ASSISTENCIAIS PARA A PROMOÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Na década de 80, quando os primeiros testes para o HIV, alguns avanços são percebidos, principalmente, em relação à janela imunológica. Inicialmente, a janela imunológica era de até seis meses e, atualmente, diminuiu para duas semanas, o que caracteriza uma evolução

significativa para a realização de um diagnóstico precoce em pessoas que vivem com HIV (OLIVEIRA et al., 2016; BRASIL, 2018a). O exame de sorologia para o HIV é um teste muito importante, visto que o diagnóstico precoce aumenta as chances de a pessoa viver de modo saudável por muitos anos. Além disso, saber que vive com HIV também ajuda a reduzir risco de transmissão para outras pessoas (BRASIL, 2018c).

A sorologia clássica para detecção do HIV existe desde 1985, conhecida como técnica de *Enzyme-Linked Immunoabsorbent Assay* (ELISA). O ELISA pode ser utilizado para várias doenças além do HIV, sendo uma técnica que permite a detecção de anticorpos específicos no sangue. Neste tipo de teste, não se pesquisa diretamente a presença do vírus, mas sim a presença de anticorpos contra o mesmo. Na área da biomedicina, existem outras metodologias, além do ELISA, para a detecção de anticorpos contra o vírus HIV, como o MEIA (Ensaio imunoenzimático de micropartículas), EQL (Ensaio imunológico com revelação quimioluminescente e suas derivações) e ELFA (Ensaio imunológico fluorescente ligado a enzima) e CMIA (Ensaio imunológico quimioluminescente magnético) (BRASIL, 2018c).

Os anticorpos são proteínas que o organismo desenvolve com o objetivo de combater agentes infecciosos. Uma vez que o HIV penetra no corpo humano, ele é imediatamente capturado pelas células de defesa e sua estrutura é analisada pelo sistema imunológico. Com essa análise, o sistema imune se torna capaz de produzir anticorpos direcionados para o combate a este invasor. Quando o organismo entra em contato com algum patógeno pela primeira vez, o corpo percebe essa invasão, estuda a estrutura desse patógeno e, após essa análise, consegue produzir anticorpos específicos (LOPES et al., 2019).

O tempo que decorre entre o momento da infecção pelo vírus até a produção de quantidade suficiente de anticorpos para serem detectados na sorologia é chamado de janela imunológica. Nesse ínterim, quando o teste tem uma janela imunológica de três meses, o exame apenas ofertará um resultado reagente após esse período, ou seja, depois do paciente ter entrado em contato com o vírus. O resultado não reagente antes desse marco temporal não é fidedigno (PORTINARI, WOLFGANG, 2017).

Nos últimos anos, o diagnóstico da infecção pelo HIV apresentou evolução clínica considerável, com o aparecimento e disponibilização da primeira geração do teste ELISA em meados dos anos 80. Esse teste apresentava um período de janela imunológica de, no mínimo, seis meses. Atualmente, os testes são denominados de quarta geração, com a possibilidade de detectar anticorpos do HIV no organismo humano com menos de quatro semanas de infecção. Conforme isso, a taxa de detecção do ELISA quarta geração é de 95% e a taxa de confiabilidade

é de praticamente 100%, o que auxilia no desenvolvimento de uma assistência e acompanhamento precoce dos indivíduos com HIV (LIMA, 2018).

Outra evolução importante no diagnóstico da infecção são os testes rápidos. Esses testes ganharam visibilidade nos anos 2000 e são capazes de liberar o resultado em apenas 30 minutos. A técnica pode ser desenvolvida com uma pequena amostra de sangue coletada de capilares sanguíneos do dedo ou através da saliva, dependendo do tipo de teste usado. Os testes rápidos apresentam uma sensibilidade menor que os testes tradicionais de sangue, porém, a taxa de falso-negativo é quase nula; um resultado não reagente no teste rápido tem o mesmo valor do resultado não reagente na sorologia tradicional. Além disso, o resultado reagente precisa ser confirmado por um segundo teste rápido de outro laboratório. Se for considerado reagente, realiza-se uma coleta de sangue para concluir o diagnóstico da infecção pelo HIV. Vale ressaltar que as pessoas que são vulneráveis ao HIV devem preferir o teste tradicional de sangue por este possuir menor janela imunológica (MONTEIRO et al., 2019).

Com a intenção de garantir resposta à epidemia, em 2017, o RS instituiu a Linha de Cuidado das Pessoas que Vivem com HIV como forma de melhorar, organizar e formalizar o fluxo de atendimento ao usuário que vive com HIV. Essa estratégia apresenta diretrizes e recomendações gerais para ofertar suporte para os diferentes níveis de atenção, almejando o compartilhamento do cuidado entre a Atenção Primária (Unidade Básica de Saúde – UBS e Estratégia de Saúde da Família – ESF), Centros de Testagem e Aconselhamento (CTA) e Serviços de Atendimento Especializado (SAE) em HIV, repensando as construções no processo de trabalho dos gestores e dos profissionais que atuam na assistência à saúde das pessoas que vivem com HIV (RIO GRANDE DO SUL, 2017; RIO GRANDE DO SUL, 2018).

Para o acompanhamento sistemático da situação clínica, após o recebimento do diagnóstico positivo para o HIV, a pessoa é encaminhada para realização de exame laboratorial com o objetivo de verificar a multiplicação viral no organismo, exame de carga viral, e para obter informações sobre a situação atual do estado imunológico da pessoa pelo exame de CD4. O Ministério da Saúde recomenda que a pessoa que vive com HIV realize esses exames por pelo menos duas vezes ao ano e compareça à consulta com um médico infectologista para um melhor acompanhamento clínico (SOUSA, PINTO JÚNIOR, 2016).

O acompanhamento sistemático da situação imunológica, carga viral e CD4, das pessoas que vivem com HIV, no Brasil, foi implementado no ano de 2002 com a utilização do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais (SISCEL) e Sistema de Controle Logístico de Medicamento (SICLON). Este monitora as pessoas que estão em TARV em todo o território

nacional, de forma estratégica, para proporcionar uma diminuição na taxa de transmissão e alcançar níveis indetectáveis de infecção (SOUSA, PINTO JÚNIOR, 2016).

O exame de carga viral auxilia na verificação da quantidade de vírus circulante na corrente sanguínea, corroborando com o uso ou não da TARV. O uso adequado da TARV reduz o aparecimento oportunista de novas infecções. Além disso, níveis elevados de carga viral no organismo aumentam a transmissibilidade do vírus, e níveis menores diminuem essa transmissibilidade. É importante ressaltar que o acesso a essas informações só é possível com o uso dos sistemas SISCEL e SICLOM, o que possibilita o monitoramento da carga viral em pessoas que vivem com HIV no Brasil. Durante a infecção primária, essas partículas virais são maiores. Já na fase crônica assintomática, são menores e tem-se uma linha tênue entre a carga viral circulante e progressão da infecção (MOÇAMBIQUE, 2015; SOUSA, PINTO JÚNIOR, 2016).

A realização da contagem de CD4 é um fator importante na avaliação inicial de uma pessoa que vive com HIV. A partir dessas informações, é possível avaliar a urgência de início da TARV, assim como a necessidade de imunizações e profilaxias para possíveis infecções oportunistas que podem causar danos para essa pessoa. Caso a imunidade esteja em níveis indesejáveis, outro indicador importante que esse exame de contagem apresenta é a situação atual de comprometimento do sistema imunológico e efetividade da TARV quando avaliado juntamente com o exame de carga viral. Em pessoas que estão com carga viral indetectável e apresentam exame de CD4 acima de 350 células/mm^3 , são considerados pelos protocolos clínicos pessoas estáveis (BRASIL, 2019).

As células de defesa do organismo são chamadas de linfócitos, os quais possuem receptores que reconhecem o vírus. A replicação viral inicia quando o HIV consegue adentrar nesses linfócitos, infectando diversas células. Esses linfócitos CD4 são as principais células atingidas pelo vírus, devido à importância que as mesmas desempenham na resposta imunológica do organismo. Além disso, a diminuição desses níveis de CD4 fazem com o que o corpo não defenda adequadamente a invasão de outras infecções e, nessa fase, os sinais e sintomas característicos da AIDS começam a aparecer. Já o aumento do número de CD4 no organismo faz com que as possibilidades de surgimento de infecções oportunistas indicativas de imunodeficiência sejam menores (FURINI et al., 2016; ZANCANARO et al., 2017; VELÁSQUEZ et al., 2020).

Atualmente, é recomendado estimular o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV, independentemente da contagem de linfócitos T-CD4+, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV e considerando a motivação individual (BRASIL, 2017).

Para que as pessoas vivendo com HIV permaneçam saudáveis e para prevenir ou diminuir a transmissão, a infecção pelo HIV precisa ser suprimida para níveis indetectáveis ou muito baixos por meio do TARV aderente. Entretanto, em estudo desenvolvido em Belo Horizonte (em 2018), metade das pessoas entrevistadas que vivem com o HIV, alcançaram a carga viral indetectável (COSTA et al., 2018).

Para o alcance de um tratamento eficaz, incluindo a supressão viral, é preciso alinhar e suprir algumas lacunas no acompanhamento dessas pessoas: lacuna da testagem, na qual as pessoas que não sabem seu diagnóstico precisam ser testadas; do tratamento, em que as pessoas que forem testadas e receberam diagnóstico reagente para o HIV necessitam iniciar o tratamento; e a lacuna da supressão viral, na qual as pessoas com diagnóstico reagente, em tratamento, mas, que não alcançaram a carga viral indetectável (NDASHIMYE, ARTS, 2019).

Conforme dados disponíveis pela UNAIDS (2019), a maior lacuna é da testagem, devido às evidências de que um quarto de todas as pessoas que vivem com HIV não sabe desse diagnóstico e de que outras 16% têm ciência de que vivem com HIV, mas não estão em tratamento. Estima-se que 11% estejam em tratamento, mas ainda não alcançaram a carga viral suprimida. Embora conhecer a sorologia para HIV seja um dos maiores desafios dentro das metas 90-90-90 para 2020, a lacuna da supressão viral tem crescido e ganhado espaço.

A testagem para o HIV e a adesão ao tratamento tem se elevado mais rapidamente do que os números de supressão viral. Nos últimos anos, o percentual de pessoas vivendo com HIV e em TARV que não conseguiram alcançar o grau de carga viral suprimida permaneceu em 11%. Isso fez com que a lacuna da supressão viral fosse considerada um fator importante no grupo de pessoas que não estão com carga viral suprimida, representando 21%. Em 2015, essa mesma lacuna apresentava um número de 18% (UNAIDS, 2019).

Desse modo, alcançar níveis de excelência no tratamento, no caso da carga viral suprimida e boa adesão, vai além de ingerir medicamento. Sabe-se que pessoas que vivem com a infecção precisam se moldar às situações sociais que o HIV ainda representa socialmente, dentre elas, o estigma e a discriminação. Conviver com o estigma e a discriminação relacionados ao HIV, fornecer apoio para a adesão ao tratamento, monitorar a supressão da carga viral e responder rapidamente às evidências de falha no tratamento são fatores que podem aproximar o mundo da meta de suprimir a carga viral em 90% das pessoas vivendo com HIV e que estão em tratamento (UNAIDS, 2019).

2.4 ASPECTOS RELACIONADOS A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Na busca pelo tratamento para a infecção pelo HIV, em 1986, a Agência Norte-Americana Reguladora de Remédios e Alimentos aprovou o medicamento Zidovudina, sendo que, no Brasil, esse medicamento começou a ser distribuído em 1991. Contudo, por ser apenas um medicamento, sem a interação de outras drogas, a eficácia não foi satisfatória. Entre 1993 e 1994, desenvolveram-se os primeiros estudos sobre a combinação de medicamentos para amenizar a evolução da infecção para a AIDS, a TARV dupla, combinação da Zidovudina e Lamivudina, e depois a TARV tríplice, composta de tenofovir, lamivudina e efavirenz (ROSSI et al., 2012; MENEZES et al., 2019; CARVALHO et al., 2019).

Com a sugestão do uso precoce da TARV, aumenta a preocupação com a efetividade do uso correto dos ARV e, concomitantemente, a adesão da pessoa que vive com HIV em TARV. O processo de negociação entre a pessoa vivendo com HIV e o profissional da saúde torna-se decisivo para adesão, desenvolvendo nessa situação a corresponsabilização das duas partes, o que fortalece a autonomia para o autocuidado e a importância da tomada de medicamentos (BRASIL, 2008).

Atualmente, a infecção pelo HIV é considerada uma doença com aspecto de cronicidade e que envolve fatores psicológicos e sociais. Esses fatores permeiam pelo bem estar psicológico quando o diagnóstico é bem aceito e os fatores sociais estão relacionados com o apoio social dos contatos próximos e da sociedade. Os fatores influenciadores necessitam de estratégias que auxiliem o tratamento e reduzam o aparecimento de doenças oportunistas. Nesse sentido, as atitudes de aceitação do diagnóstico podem influenciar o processo de infecção pelo HIV, o que, por sua vez, exige adequações no estilo de vida para o cumprimento da prescrição ARV (DUQUE et al., 2017).

No início da epidemia, receber um diagnóstico de HIV era visto como uma sentença de morte. Com a descoberta de medicamentos capazes de controlar a multiplicação do HIV no organismo, os ARV, este quadro passa a se modificar (COUTINHO, O'DWYER, FROSSARD, 2018). Segundo o manual do Ministério da Saúde de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV, aderir a um tratamento é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado regime terapêutico no cotidiano das pessoas, pressupondo sua participação nas decisões sobre o mesmo (BRASIL, 2008).

Os avanços tecnológicos e a redução do número de comprimidos diários da TARV ocasionaram a facilitação da adesão ao tratamento, sendo que a não adesão ou baixa adesão ao uso da TARV implica a quebra dos esquemas básicos de tratamento. Ela pode ser considerada

um agravante nos planos individual e coletivo, levando ao comprometimento da efetividade da terapia medicamentosa e favorecendo a disseminação de vírus que apresentem resistência aos medicamentos disponíveis. Isso também impacta negativamente sobre as políticas públicas de oferta de medicamentos ARV e sobre o sistema de saúde (NUNES JÚNIOR, CIOSAK, 2018).

O reconhecimento dos fatores preditores de mortalidade e suas relações são fundamentais e importantes, devido ao tempo do diagnóstico, ao início da terapia, à adesão ao tratamento, à qualidade de vida e ao estado psicológico e cognitivo dessas pessoas que vivem com HIV (MEDEIROS et al., 2017). Pode se dizer que a adesão é um dos maiores desafios para o sucesso do TARV, sendo que seu não cumprimento pode ocasionar na resistência do HIV aos ARV prescritos (VELOSO, FINK, LIMA, 2010).

A adesão insuficiente e o uso incorreto da TARV são considerados uma forte ameaça para a efetividade do tratamento das pessoas que vivem com HIV, além de estarem relacionados diretamente à situação em que os casos de HIV evoluem para AIDS. Isso implica a necessidade de utilização de combinação de outras drogas, o que pode comprometer ainda mais a adesão (UNAIDS, 2016). Conforme isso, a adesão ao tratamento para o HIV é decisiva para o sucesso da TARV e, a partir desse ponto, passa a existir o desafio na prática clínica de como acompanhar o uso correto dos ARV pelos pacientes. Os maiores desafios para as equipes de saúde são as formas de monitoramento e avaliação da adesão, uma vez que não há um padrão adequado de procedimentos para garantir a fidedignidade da medida de adesão ao tratamento e à TARV. Isso é essencial para avaliar as propostas de intervenções (CASTRO et al., 2020).

2.5 EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA PARA A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRETROVIRAL

No campo da enfermagem, é crescente o número de pesquisas que buscam evidenciar a importância do uso de teorias que facilitam a compreensão dos determinantes da saúde e a orientação de soluções que respondam às necessidades das pessoas. Entre essas teorias, destaca-se a Teoria da autoeficácia. Conforme essa teoria, Bandura (1978) postulou que as crenças de eficácia pessoal se constituem pelo pensamento cognitivo e pensamento reflexivo das informações sucedidas de quatro fontes, as experiências diretas, as experiências vicárias, a persuasão social e os estados psicofisiológicos. O psicólogo Albert Bandura destaca que o desempenho por si só não fornece informação suficiente para julgar o nível de capacidade de alguém. Essa interpretação do quanto de esforço foi aplicado para agir em uma determinada situação informa mais sobre a capacidade de realizar alguma atividade do que sobre o êxito em

si. Além do esforço, a interpretação que se faz em relação à relevância da experiência direta na construção da crença de autoeficácia pode ser diferente em relação ao momento ou tempo de experiência que o indivíduo possui quando avalia o impacto dessas informações (IAOCHITE, 2017).

Outra forma de construção das crenças de autoeficácia, desenvolve-se pela via da observação de modelos sociais. Nessa construção, o indivíduo observa direta ou indiretamente outras pessoas pela similaridade de características, o que pode gerar a percepção de que, por possuírem atributos similares, são capazes de se comportar da mesma forma. No momento que a pouca experiência na tarefa a ser realizada ou a incerteza de como realizá-la, ou seja, quando não se tem certeza da própria capacidade para desenvolver tal atividade, isso pode contribuir para que a informação vinda da observação seja avaliada como importante para a construção da crença de autoeficácia (IAOCHITE, 2017).

Nesses casos, modelos podem ser referências, tanto de comportamento quanto de autoavaliação da capacidade daqueles que observam e utilizam essa informação como molde de comparação. Em relação ao papel das experiências vicárias, observar outras pessoas praticando atividades parecidas eleva a crença de autoeficácia. Outro fator importante é a exposição do observador a modelos com diferentes níveis de habilidades, demonstrando que o esforço e a persistência podem favorecer o aumento da força com que a experiência vicária pode ocorrer sobre a crença de autoeficácia (IAOCHITE, 2017).

A persuasão social ocorre em diferentes esferas das relações que são estabelecidas com os outros no cotidiano, no trabalho, nas relações familiares e com os amigos, na sala de aula, na prática de atividade física ou na adesão a um tratamento. Nesses espaços de diálogos, a persuasão pode ser uma forma direta ou próxima para influenciar a crença de autoeficácia (IAOCHITE, COSTA FILHO, 2016; IAOCHITE, SOUZA NETO, 2014; HOY, SPERO, 2005). Bandura (1997) afirma que o efeito que a persuasão pode causar na construção da crença de autoeficácia depende da credibilidade, do conhecimento e da experiência da pessoa que é persuasiva na atividade em questão. O autor afirma ainda que apenas fazer elogios sobre a capacidade dos indivíduos quando lhes faltam habilidades para realizar a tarefa pouco contribui para fortalecer a crença de autoeficácia.

Quanto à eficiência da autoeficácia para aderir o tratamento, é preciso observar alguns comportamentos que podem auxiliar na não adesão aos ARV, como o consumo excessivo de álcool e outras drogas e a falta de um suporte social familiar ou de pessoas próximas. Sabe-se que indivíduos solteiros tendem a aderir menos ao tratamento e, conseqüentemente, apresentam menos autoeficácia. Já a ansiedade participa de forma positiva nesse processo de adesão e

desenvolvimento de autoeficácia pelo motivo de que pessoas ansiosas preocupam-se de forma mais efetiva com seus tratamentos (AMIRKHANDIAN et al., 2018).

Para conhecer a produção de conhecimento acerca da expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de ARV, foi desenvolvido um estudo de tendência temática das produções acadêmicas de dissertações e teses de enfermagem². Foi possível constatar que a maioria dos estudos teve como campo de coleta de dados hospitalares que ofertam tratamento às pessoas que vivem com HIV. Entretanto, em alguns resumos não há informações detalhadas sobre o cenário de pesquisa. Ainda, verifica-se que os instrumentos de coletas de dados são utilizados em conjunto com outros para avaliação de expectativa de autoeficácia. Esses instrumentos avaliam a adesão, depressão, autocuidado, suporte social e entre outras avaliações que possam ter correlação com a expectativa para seguir a prescrição de ARV das pessoas que vivem com HIV.

Desse modo, foi recuperada a primeira dissertação, desenvolvida em São Paulo por Camargo (2012). Com objeto de estudo em adultos, a dissertação de Camargo (2012) aproximou a saúde mental da temática da adesão e avaliou as condições dessa natureza que estariam de alguma forma interferindo na adesão à TARV em uma população de 73 pessoas vivendo com HIV de ambos os sexos e maiores de 18 anos. Na dissertação de Freitas (2015), com delineamento transversal, participaram 70 adultos vivendo com HIV de ambos os sexos. Foram encontradas correlações significativas entre adesão e autoeficácia e entre adesão e percepção de suporte familiar, evidenciando a importância desses fatores na temática da adesão ao tratamento. Além disso, o autor observou que a escala pode ser utilizada como instrumento confiável para outros estudos (CAMARGO, 2012).

Tais resultados são convergentes com estudos transversais desenvolvidos no RS com 179 adultos (50,8% do sexo masculino). Em um desses estudos (ZUGE, 2013), ao analisar os fatores relacionados à adesão à TARV de adultos com HIV/AIDS, evidenciou-se que a adesão está diretamente relacionada à expectativa de autoeficácia. No outro estudo, que buscou avaliar a relação entre expectativa de autoeficácia para adesão à TARV e suporte social dos adultos, a relação foi significativa entre a percepção do suporte social e a autoeficácia nesta população (SANTOS, 2014).

² Para a busca no banco de teses e dissertações do portal da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), foram utilizadas as expressões “HIV”, “AIDS” e “autoeficacia” junto aos operadores booleanos “AND” e “OR” entre as expressões. O método de busca no portal CAPES configurou-se com a inserção das expressões “HIV”, “AIDS” e “autoeficacia”. A coleta de dados ocorreu no mês de maio de 2019. A seleção das produções ocorreu a partir da leitura dos títulos e resumos. Foram encontradas 16 produções e, após a leitura dos resumos, foram acessadas 12 produções entre 2011 e 2018: 04 teses e 08 dissertações. As regiões das produções foram: São Paulo - 03 dissertações e 01 tese, Goiás - 01 dissertação e 03 teses, RS - 02 dissertações, Alagoas - 01 dissertação, e Tocantins - 01 dissertação.

Em tese de delineamento transversal com 101 pessoas do sexo masculino e feminino vivendo com HIV e com idade maior de 18 anos, desenvolvida no Estado de São Paulo, o objetivo foi avaliar a adesão à TARV destes pacientes e investigar a influência da espiritualidade e dos parâmetros comportamentais, imunológicos e de carga viral. Concluiu que momentos religiosos que essas pessoas vivenciam no seu processo de vida têm relação com a boa expectativa de autoeficácia, corroborando na boa aceitação do diagnóstico e adesão ao tratamento (OLIVEIRA, 2013).

O estudo de Freitas (2015), realizado em São Paulo, buscou identificar e correlacionar níveis de adesão à TARV, presença de suporte social, transtornos mentais, sintomas de depressão, percepção de autoeficácia para aderir ao tratamento, níveis de CD4 e carga viral entre pacientes com HIV. Observou-se que houve correlação entre adesão e autoeficácia, adesão e gênero masculino e, adesão e escolaridade, nos quais os homens apresentaram maior expectativa de autoeficácia do que as mulheres.

No Nordeste do Brasil, Melo (2015) analisou, em sua dissertação, comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com HIV, segundo o Modelo de Promoção da Saúde de Nola Pender, a partir de um estudo de abordagem qualitativa com 14 pessoas maiores de 18 anos que vivem com HIV. Evidenciou-se que maior autoeficácia percebida resulta em menos barreiras percebidas para o comportamento de saúde específico. Os participantes se percebem como capazes de usar o preservativo ou convencer o(a) parceiro(a) a modificar o hábito do não uso do preservativo. Outro resultado foi que o medo do preconceito e de abandono no momento da revelação do diagnóstico ao parceiro(a) impacta na expectativa de autoeficácia. Para as mulheres, a expectativa de autoeficácia está relacionada à situação socioeconômica menor que do parceiro, causando dependência, submissão e baixos níveis de autoeficácia.

Na busca por estudos acadêmicos, foi recuperada a dissertação de Guimarães (2016) com uma população de 12 homens privados de liberdade vivendo com HIV. Neste estudo foram investigados comportamentos de promoção da saúde das pessoas privadas de liberdade e que estavam infectadas pelo HIV. A pesquisa foi do tipo social em saúde, exploratória e descritiva, baseada na abordagem qualitativa, interpretada à luz da Teoria da Promoção da Saúde, de Nola Pender, e realizada no Distrito Federal. Os resultados mostraram que, apesar das dificuldades que estão presentes nesse sistema penitenciário, os homens apresentam expectativa de autoeficácia positiva para seguir a prescrição e adotar hábitos saudáveis, o que impacta positivamente na TARV. Além disso, os homens percebem melhora no bem-estar, ganho de peso, melhora no sono e na qualidade e expectativa de vida.

Outra tese desenvolvida no Centro-Oeste (Distrito Federal), com abordagem quantitativa, utilizou uma pesquisa online, colocada à disposição dos participantes, mediante a construção de um site específico, com o objetivo de averiguar a influência da percepção que as PVHA têm de sua doença, assim como estratégias de enfrentamento, autoeficácia, estratégias de controle de saúde, apoio social, ajuste de objetivos na qualidade de vida e ansiedade/depressão. A partir de uma abordagem comparativa entre franceses com e sem HIV/AIDS e PVHA francesas e brasileiras, participaram do estudo 96 homens e 32 mulheres vivendo com HIV. Os resultados das regressões hierárquicas mostraram que a percepção da doença, a autoeficácia e o suporte social foram preditores de qualidade de vida, tanto na França quanto no Brasil. Isso mostra que as percepções acerca da infecção pelo HIV foram amenizadas pela expectativa de autoeficácia que essa pessoa construiu no processo de vida, em relação ao comportamento psicossocial. A autoeficácia apresentou destaque com correlações significativas com a qualidade de vida dessas pessoas. Nesse sentido, relações significativas entre humor e autoeficácia foram identificadas no estudo, visto que, quanto maior a autoeficácia, melhor foi o humor da população que participou da pesquisa (CATUNDA, 2016).

Em tese desenvolvida por Nogueira (2016), também no Distrito Federal, foram avaliados os efeitos de uma intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença com 11 PVHA do sexo masculino e feminino, maiores de 18 anos que foram distribuídos por conveniência em três grupos. O delineamento desse estudo foi misto, quase-experimental e longitudinal e obteve como resultado que, em dois desses três grupos, a expectativa de autoeficácia foi positiva e a variável da autoeficácia foi fortemente associada à boa adesão à TARV. Após a participação do grupo 1 em uma intervenção cognitivo-comportamental em formato de manual psicoeducativo, percebeu-se efeitos positivos sobre a autoeficácia. Em relação à tomada de medicamentos, o grupo 1 indicou elevada autoeficácia. Nesse sentido, a expectativa de autoeficácia foi satisfatória nos grupos 1 e 2 e menor no grupo controle.

A dissertação de abordagem qualitativa, realizada em Tocantins, com 8 mulheres vivendo com HIV que foram selecionadas por conveniência, teve o objetivo de analisar como essas mulheres convivem com a infecção e verificar os fatores de riscos e proteção, bem como o processo de construção da resiliência. Nos resultados relacionados às marcas de resiliência, foi identificada a autoeficácia, pois, mesmo depois do diagnóstico e mediante ao fator de risco, as entrevistadas não deixaram de traçar metas e serem ativas para alcançar seus objetivos (SANTOS, 2016).

Para esta dissertação, foi desenvolvida uma revisão³ (MENDES, SILVEIRA, GALVÃO, 2008), em que foi aplicada uma estratégia de recuperação de artigos (APÊNDICE A), na base de dados *US National Library of Medicine* (PubMed), no mês de setembro de 2018. Foram encontrados 1.881 documentos e exportados para o gerenciador de referências Mendeley. Neste gerenciador, foram lidos os títulos e os resumos das produções, de forma independente, por dois revisores, mediante critérios de seleção⁴.

Após a seleção, 88 artigos foram incluídos para segunda rodada de triagem, sendo excluídos 16 estudos. Para a elegibilidade, foi desenvolvida a leitura na íntegra das produções (n = 72), sendo excluídas 21 produções por não ser da temática e não apresentar resultados para análise de vulnerabilidade. Por fim, convidou-se um terceiro revisor, com conhecimento na temática do HIV, para analisar os artigos divergentes entre os dois primeiros revisores, sendo finalizada a inclusão de 41 artigos para a extração dos principais resultados⁵.

No Quadro 1 será apresentado o código e a referência do artigo que foi selecionado na base de dados PubMed.

Quadro 1 - Lista dos artigos selecionados na base de dados US National Library of Medicine (PubMed), 2018

CÓDIGO	REFERÊNCIA DO ARTIGO
A	DRACHLER, M. L. et al. The Scale of Self-Efficacy Expectations of Adherence to Antiretroviral Treatment: A Tool for Identifying Risk for Non-Adherence to Treatment for HIV. <i>PLoS ONE</i> , v. 11, n. 2, p. e0147443, 2016.
B	CÔTÉ, J. et al. Predictors and Evolution of Antiretroviral Therapy Adherence Among Perinatally HIV-Infected Adolescents in Brazil. <i>The Journal of Adolescent Health</i> , v. 59, n. 3, p. 305-310, 2016.
C	ZHANG, L. et al. Side effects, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral treatment: a mediation analysis in a Chinese sample. <i>AIDS Care</i> , v. 28, n. 7, p. 919-926, 2016.
D	CHEN, W. T. et al. Engagement with Health Care Providers Affects Self-Efficacy, Self-Esteem, Medication Adherence and Quality of Life in People Living with HIV. <i>Journal of AIDS and Clinical Research</i> , v. 4, n. 11, p. 256, 2013.
E	HOUSTON, E. et al. Another look at depressive symptoms and antiretroviral therapy adherence: The role of treatment self-efficacy. <i>Journal of Health Psychology</i> , v. 21, n. 10, p. 2138-2147, 2016.
F	ARCHIOPOLI, A. et al. Factors of interpersonal communication and behavioral health on medication self-efficacy and medication adherence. <i>AIDS Care</i> , v. 28, n. 12, p. 1607-1614, 2016.

³ Para responder à questão: “Quais os fatores que influenciam na vulnerabilidade (individual, social e programática) para a adesão na perspectiva da autoeficácia?”, utilizou a estratégia PICO, no qual “P” (População) significou pessoas adultas vivendo com HIV, “I” (Interesse) foi a autoeficácia para o tratamento do HIV, “C” (Comparação) não foi utilizado, e “O” (*outcome* ou desfecho) foi designada para a adesão.

⁴ Critérios seleção dos estudos: artigos de pesquisa originais, que avaliassem a adesão à TARV e a autoeficácia para cumprir o tratamento de participantes adultos que vivem com HIV; publicados em português, inglês ou espanhol, no período de 2002 a 2018.

⁵ Etapa realizada no software gerenciador de planilhas Microsoft Office Excel 2016, a qual continha os dados referentes a identificação, autores, ano, objetivo, intervenção, população e principais resultados.

CÓDIGO	REFERÊNCIA DO ARTIGO
G	LI, L. et al. Antiretroviral therapy adherence and self-efficacy among people living with HIV and a history of drug use in Vietnam. <i>International Journal of STD & AIDS</i> , v. 28, n. 12, p. 1247-1254, 2017.
H	NOKES, K. et al. Focus on increasing treatment self-efficacy to improve human immunodeficiency virus treatment adherence. <i>Journal of Nursing Scholarship</i> , v. 44, n. 4, p. 403-410, 2012.
I	JOHNSON, M. O. et al. Primary relationships, HIV treatment adherence, and virologic control. <i>AIDS and Behavior</i> , v. 16, n. 6, p. 1511-1521, 2012.
J	KEKWALETSEWE, C. T. et al. Social Support and the Mediating Roles of Alcohol Use and Adherence Self-Efficacy on Antiretroviral Therapy (ART) Adherence Among ART Recipients in Gauteng, South Africa. <i>AIDS and Behavior</i> , v. 21, n. 7, p. 1846-1856, 2017.
K	DIORIO, C. et al. Adherence to antiretroviral medication regimens: a test of a psychosocial model. <i>AIDS and Behavior</i> , v. 13, n. 1, p. 10-22, 2009.
L	MACDONELL, K. K. et al. Predictors of Self-Reported Adherence to Antiretroviral Medication in a Multisite Study of Ethnic and Racial Minority HIV-Positive Youth. <i>Journal of pediatric psychology</i> , v. 41, n. 4, p. 419-428, 2016.
M	COLBERT, A. M.; SEREIKA, S. M.; ERLÉN, J. A. Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy. <i>Journal of Advanced Nursing</i> , v. 69, n. 2, p. 295-304, 2013.
N	HALKITIS, P. N.; KUTNICK, A. H.; SLATER, S. The social realities of adherence to protease inhibitor regimens: Substance use, health care and psychological states. <i>Journal of Health Psychology</i> , v. 10, n. 4, p. 545-558, 2005.
O	COOK, P. F. et al. Telephone nurse counseling improves HIV medication adherence: an effectiveness study. <i>Journal of the Association of Nurses in AIDS Care</i> , v. 20, n. 4, p. 316-325, 2009.
P	PINHEIRO, C. A. T. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. <i>Brazilian Journal of Medical and Biological Research</i> , v. 35, n. 10, p. 1173-1181, 2002.
Q	ARNSTEN, J. H. et al. Factors associated with antiretroviral therapy adherence and medication errors among HIV-infected injection drug users. <i>Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes</i> , v. 46, n. 2, p. S64-S71, 2007.
R	HERRAIZ, F.; VILLAMARÍN, F.; CHAMARRO, A. (2008). Psychosocial correlates of the adherence to antiretroviral treatment of men in Penitentiary Center of Barcelona. <i>Revista Española de Sanidad Penitenciaria</i> , v. 10, n. 3, p. 80-99, 2008.
S	ATKINSON, J. S. et al. Associations among correlates of schedule adherence to antiretroviral therapy (ART): A path analysis of a sample of crack cocaine using sexually active African-Americans with HIV infection. <i>AIDS Care</i> , v. 20, n. 2, p. 253-262, 2008.
T	ARAGONÉS, C. et al. Antiretroviral Therapy Adherence in Persons with HIV/AIDS in Cuba. <i>MEDICC Review</i> , v. 13, n. 2, p. 17-23, 2011.
U	OUTLAW, A. et al. Brief report: Predictors of optimal HIV appointment adherence in minority youth: a prospective study. <i>Journal of Pediatric Psychology</i> , v. 35, n. 9, p. 1011-1015, 2010.
V	AMIRKHANIAN, Y. A. et al. Predictors of HIV Care Engagement, Antiretroviral Medication Adherence, and Viral Suppression Among People Living with HIV Infection in St. Petersburg, Russia. <i>AIDS and Behavior</i> , v. 22, n. 3, p. 791-799, 2018.
W	WALDROP-VALVERDE, D.; DONG, C.; OWNBY, R. L. Medication-taking self-efficacy and medication adherence among HIV-infected cocaine users. <i>Journal of the Association of Nurses in AIDS Care</i> , v. 24, n. 3, p. 198-206, 2013.
X	HOUSTON, E. et al. Another look at depressive symptoms and antiretroviral therapy adherence: The role of treatment self-efficacy. <i>Journal of Health Psychology</i> , v. 21, n. 10, p. 2138-2147, 2015.
Y	SAHA, S. et al. Primary Care Provider Cultural Competence and Racial Disparities in HIV Care and Outcomes. <i>Journal of general internal medicine</i> , v. 28, n. 5, p. 622-629, 2013.
Z	FRAIN, J. et al. A comparison of medication management between older and younger adults living with HIV. <i>Journal of the Association of Nurses in AIDS Care</i> , v. 25, n. 5, p. 414-426, 2014.
A1	DOWSE, R.; BARFORD, K.; BROWNE, S. H. Simple, illustrated medicines information improves ARV knowledge and patient self-efficacy in limited literacy South African HIV patients. <i>AIDS Care</i> , v. 26, n. 11, p. 1400-1406, 2014.

CÓDIGO	REFERÊNCIA DO ARTIGO
B2	VANDERDRIFT, L. E. et al. Partner Support, Willingness to Sacrifice, and HIV Medication Self-Efficacy. <i>AIDS and Behavior</i> , v. 21, n. 8, p. 2519-2525, 2017.
C1	TURAN, B. et al. Social Support and Moment-to-Moment Changes in Treatment Self-Efficacy in Men Living With HIV: Psychosocial Moderators and Clinical Outcomes. <i>Health Psychology</i> , v. 35, n. 10, p. 1126-1134, 2016.
D1	SIMONI, J. M.; FRICK, P. A.; HUANG, B. A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. <i>Health Psychology</i> , v. 25, n. 1, p. 74-81, 2016.
E1	LUSZCZYNSKA, A.; SARKAR, Y.; KNOLL, N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to antiretroviral therapy. <i>Patient Education and Counseling</i> , v. 66, n. 1, p. 37-42, 2007.
F1	KANG, E. et al. Factors associated with high rates of antiretroviral medication adherence among youth living with perinatal HIV in Thailand. <i>International journal of STD & AIDS</i> , v. 26, n. 8, p. 534-541, 2015.
G1	JONES, D. et al. Examining Adherence Among Challenging Patients in Public and Private HIV Care in Argentina. <i>AIDS and Behavior</i> , v. 19, n. 9, p. 1619-1629, 2015.
H1	MARC, L. G. et al. Educational attainment and response to HAART during initial therapy for HIV-1 infection. <i>Journal of Psychosomatic Research</i> , v. 63, n. 2, p. 207-216, 2007.
I1	REYNOLDS, N. R. et al. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multi-center, cross-sectional study. <i>AIDS and Behavior</i> , v. 8, n. 2, p. 141-150, 2004.
J1	WOLF, M. S. et al. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. <i>Patient Education and Counseling</i> , v. 65, n. 2, p. 253-260, 2007.
K1	SEGHATOL-ESLAMI, V. C. et al. Interpersonal and intrapersonal factors as parallel independent mediators in the association between internalized HIV stigma and ART adherence. <i>JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes</i> , v. 74, n. 1, p. e18-e22, 2017.
L1	LI, X. et al. Stigma mediates the relationship between self-efficacy, medication adherence, and quality of life among people living with HIV/AIDS in China. <i>AIDS patient care and STDS</i> , v. 25, n. 11, p. 665-671, 2011.
M1	SMITH, S. R. et al. A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. <i>Patient education and counseling</i> , v. 50, n. 2, p. 187-199, 2003.
N1	CLABORN, K. R. et al. Pilot study examining the efficacy of an electronic intervention to promote HIV medication adherence. <i>AIDS Care</i> , v. 26, n. 3, p. 404-409, 2014.
O1	MURPHY, D. A. et al. Results of an Antiretroviral Adherence Intervention: STAR (Staying Healthy: Taking Antiretrovirals Regularly). <i>Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care</i> , v. 6, n. 2, p. 113-124, 2007.

Fonte: autor.

A interpretação dos resultados foi a partir da análise crítica da produção através do conceito de vulnerabilidade (AYRES et al., 2006). A vulnerabilidade traz três planos analíticos interrelacionados: o individual (diversas situações de transmissão), o social (acesso à informação, acesso e qualidade dos serviços de saúde, e escolaridade) e o programático (ações institucionais voltadas ao problema do HIV) (PAIVA, 2008).

A apresentação dessa revisão compreende a síntese do conhecimento, desenvolvida pela categorização por similaridade acerca dos três planos analíticos de vulnerabilidade para a adesão à TARV na perspectiva de autoeficácia. Desse modo, na dimensão da vulnerabilidade individual, os efeitos adversos relacionados ao uso dos ARV foram negativamente associados à autoeficácia para adesão em diferentes estudos (A, B, C, D). As baixas expectativas de eficácia para adesão à TARV foram mais comuns nas experiências de efeitos adversos do tratamento

(A). Os preditores de adesão foram a alta percepção de autoeficácia aos medicamentos e o baixo número de efeitos colaterais relatados (B). A análise de mediação indicou que a autoeficácia da adesão mediava significativamente o efeito dos efeitos colaterais sobre a adesão.

No modelo 1 de regressão linear multivariado, a autoeficácia de adesão foi negativamente associada à gravidade do efeito colateral após o controle dos principais fatores demográficos e psicossociais (idade, sexo, etnia, residência, educação, renda, uso de drogas, sintomas depressivos e percepção do estigma do HIV). Para os modelos 2 e 3, foi realizada regressão logística multivariada, na qual o modelo 2 mostrou que a adesão foi negativamente associada aos efeitos colaterais. No modelo 3, quando ambos os efeitos colaterais e autoeficácia de adesão foram incluídos, a adesão foi positivamente associada à autoeficácia de adesão, enquanto o efeito direto significativo de efeitos colaterais sobre a adesão foi reduzido. Para testar a significância de um efeito de mediação, foi utilizado o teste de Sobel, que indicou que a associação entre a influência do efeito colateral e a adesão foi significativamente mediada pela autoeficácia de adesão. Além disso, o modelo 3 também mostrou que a adesão à TARV estava significativamente associada à idade e à etnia (C).

O diagnóstico de depressão apresentou associação com a autoeficácia para adesão (E; F; G; H; I; J; K; L), considerado como uma situação que pode gerar vulnerabilidade individual. Assim, participantes com altos níveis de autoeficácia de tratamento experimentaram sintomas depressivos mais baixos e maior adesão do que seus pares com baixos níveis de autoeficácia (E). Os achados corroboram com a hipótese de que a autoeficácia da medicação media a relação entre a saúde comportamental, o bem-estar social e a depressão com adesão à medicação (F). A autoeficácia de adesão associou-se negativamente com sintomas depressivos. A aderência geral a TARV foi negativamente associada com sintomas depressivos (G). O modelo forneceu suporte para a autoeficácia da adesão como um forte preditor do comportamento de adesão a TARV, servindo como mediador parcial entre a autoeficácia da adesão e relação com sintomas depressivos (H).

Em modelos não ajustados, a integração de autoeficácia de adesão mostrou efeitos negativos para os sintomas depressivos, preocupações gerais, preocupações com a medicação, melhor comunicação e para a autonomia (I). A depressão foi significativa e negativamente associada às crenças de autoeficácia de adesão. Além disso, a depressão mediu de forma significativa e completa a relação entre as crenças de apoio social e autoeficácia (J). A autoeficácia e a depressão foram encontradas como tendo associações diretas com a medida de adesão. Houve também uma associação negativa entre autoeficácia e depressão (K). Os

sintomas psicológicos também tiveram efeitos indiretos na prontidão motivacional e adesão à medicação (L).

Além dos efeitos colaterais e depressão, outros fatores dentro da dimensão individual, foram os preditores e a autoeficácia para adesão (B; L; M; K; N; O; P; Q; R; T; D; U). Todos os participantes relataram que um dos preditores de adesão foi a alta percepção de autoeficácia de medicamentos (B). A autoeficácia mais elevada previu fortemente maior prontidão motivacional e adesão à medicação (L). Adesão à medicação foi significativamente relacionada às crenças de autoeficácia, carga viral e número de medicamentos (M). Os participantes com taxas de adesão de 95% ou mais relataram níveis mais elevados de autoeficácia para adesão do que os participantes com taxas de adesão de 80% a 90% e com menos de 80% de adesão (N). A satisfação do paciente correlacionou-se positiva e significativamente com a autoeficácia (K). Um dos preditores de não aderência foi o número de preocupações que foram expressas sobre o tratamento (O). A expectativa de autoeficácia, a percepção de afetos negativos e as preocupações físicas foram associadas à adesão (P).

A boa adesão foi independentemente associada ao fato de possuir atitudes positivas em relação aos ARV, à maior autoeficácia para tomar os medicamentos conforme prescrito e ao maior senso de responsabilidade para proteger os outros do HIV (Q). Do conjunto de variáveis sociocognitivas, aquelas que se correlacionaram significativamente com a adesão foram a autoeficácia geral e a autoeficácia no manejo de medicamentos (R). A adesão foi associada à autoeficácia dos pacientes em relação ao seu regime médico (S). Boa memória e autoeficácia aumentaram a probabilidade de alta adesão (T). Os indivíduos com melhor engajamento com prestadores de cuidado de saúde apresentaram maior autoeficácia de adesão, perderam menos doses de medicação e tiveram menor baixa autoestima (D). Os jovens com melhor adesão ao tratamento para o HIV foram mais propensos a serem motivados a comparecer às consultas e tiveram maior autoeficácia (U).

O uso de maior quantidade de álcool e/ou outras drogas, provoca menor autoeficácia e adesão à TARV (V, L, G). A menor adesão à TARV no último mês foi prevista pelo maior número de bebidas alcoólicas na última semana e menor uso de medicação com autoeficácia (V). O maior uso de substâncias problemáticas (álcool e outras drogas) previu significativamente a menor adesão à medicação (L). A aderência geral à TARV foi negativamente associada ao uso atual de heroína e sintomas depressivos (G).

Em diferentes estudos, foi possível observar que, independentemente da duração do tratamento, o decorrer do tempo é um fator que promove queda de adesão e autoeficácia mais baixa (X, I, W). Testes *Post Hoc* pareados revelaram que, entre os participantes com duração

de tratamento de dois anos ou mais, os participantes com aderência abaixo do ideal tiveram uma autoeficácia de gerenciamento de medicação significativamente mais baixa que aqueles com adesão ideal (X). Quanto maior o tempo de uso de medicamentos, maiores as chances de pessoas com adesão abaixo do ideal e autoeficácia de gerenciamento de medicação significativamente mais baixa (I). Além disso, a modelagem mista mostrou que, em comparação com o primeiro mês, houve uma queda significativa na adesão nos meses 2, 3, 4 e 6 para a porcentagem de aderência à dose, porcentagem de dias aderentes e porcentagem de aderência ao cronograma (W).

A raça, a cor ou a etnia também foram presentes na dimensão individual da vulnerabilidade em algumas pesquisas (M, Y, C). A adesão à medicação foi significativamente relacionada à raça. Afro-americanos tiveram adesão à medicação significativamente menor do que os brancos (M). Os não brancos – 74% dos quais eram afro-americanos – tiveram menor autoeficácia e adesão (Y). Além disso, outro estudo realizado na China também mostrou que a adesão à TARV estava significativamente associada à etnia (C).

A idade mais avançada apresenta menor autoeficácia para adesão, principalmente, quando há outras variáveis envolvidas. No entanto, quando não há variáveis associadas, os idosos apresentam uma maior adesão (Z, W, C). Os adultos mais velhos apresentaram maiores taxas de sintomas depressivos, menor capacidade de controle de medicação, menor capacidade cognitiva e menor autoeficácia, embora esse resultado tenha sido significativo, o valor preditivo das três variáveis – cognição, sintomas depressivos e autoeficácia – para adultos mais jovens foi consideravelmente menor do que seu valor preditivo para idosos (Z). Idade avançada e nenhum uso atual de álcool ou cocaína foram associados a uma maior adesão autorreferida aos medicamentos (W). Além disso, estudo realizado na China também mostrou que a adesão à TARV estava significativamente associada à idade (C).

Na dimensão social, a autoeficácia foi comumente associada ao suporte social em múltiplos estudos, bem como o suporte social foi associado à boa adesão à TARV (G, K, L, A1, B1, C1, D1, E1, S, B, H, J, I). A maior auto aderência à eficácia foi associada ao apoio social (G). A autoeficácia teve associações diretas com a medida de adesão e o apoio social (K). Níveis mais altos de apoio social previam maior autoeficácia (L). A adesão geral à TARV e o apoio social foram positiva e significativamente correlacionados à eficácia (A1).

O apoio social, quando vindo de um parceiro com baixa disposição para colaborar, foi significativa e negativamente associado à autoeficácia (B1). Quando uma pessoa recebe apoio específico relacionado a sua infecção pelo HIV, isso pode levar a um aumento nos sentimentos de autoeficácia do tratamento (C1). O apoio social previu níveis mais baixos de afeto negativo

e maior espiritualidade, o que, por sua vez, predisse a autoeficácia em aderir (D1). Os resultados sugeriram que o efeito do apoio social dentro dos benefícios foi explicado pela autoeficácia (E1).

A adesão foi associada à autoeficácia dos pacientes em relação ao seu regime médico que, por sua vez, foi associado ao seu suporte social (S). Todos os participantes, independentemente da adesão, relataram alta percepção de apoio social (B). A autoeficácia da adesão pode ter predito aumento da adesão ao controle da TARV por sua relação com apoio social (H). Houve uma relação positiva e indireta entre apoio social e adesão por meio de crenças de autoeficácia (J).

Fatores que influenciavam no relacionamento também eram promotores de baixa autoeficácia. A autoeficácia da adesão do paciente foi negativamente associada aos sintomas depressivos do parceiro, preocupações gerais com a medicação, comunicação, autonomia e intimidade; e positivamente associada ao compromisso do parceiro com o relacionamento. Sintomas depressivos maiores no parceiro foram associados à menor integração de autoeficácia de adesão no paciente, enquanto que melhores escores de comunicação do parceiro foram associados à maior integração de autoeficácia de adesão no paciente (I).

Os diversos contextos dos serviços de saúde, bem como dos profissionais que prestam o serviço de saúde à população, são destacados na dimensão social quando associados à autoeficácia. Serviços privados com maior investimento e profissionais qualificados e que promovem vínculo do binômio médico-paciente promovem maior autoeficácia (F1, G1, F, D, T).

O aumento da autoeficácia foi associado com o aumento da adesão entre os participantes de clínicas públicas e privadas, com uma relação mais forte entre os participantes da clínica privada. A carga viral também foi analisada e houve uma associação entre a autoeficácia e a carga viral entre os participantes da clínica privada, de modo que a maior autoeficácia foi associada à menor carga viral (F1). A autoeficácia foi maior entre os participantes da clínica privada (G1).

Comunicação paciente-provedor (profissional de saúde) foi um dos únicos fatores significativos para a autoeficácia de medicamentos (F). Comparações, no estudo, entre dois países mostraram que as PVHS na Namíbia têm o maior envolvimento com prestadores de cuidado de saúde que as PVHS na China. Os indivíduos com melhor engajamento com prestadores de cuidado de saúde apresentaram melhor autoeficácia de adesão (D). Comprometimento e concordância com opiniões positivas sobre confiança em médicos e sistema de saúde aumentaram a probabilidade de alta adesão (T).

Outro fator social que influencia na autoeficácia é a escolaridade. A influência desse fator está ligada à superficialidade do conhecimento acerca do tratamento e seu entendimento, promovendo baixa expectativa de autoeficácia e falha na adesão à TARV (H1, I1, J1, M). A autoeficácia da adesão moderou significativamente a relação entre a escolaridade e a falha do regime. Os resultados mostraram que, para cada aumento de 10 unidades na autoeficácia da adesão, indivíduos com escolaridade abaixo do ensino médio tiveram uma redução de 17% na falha do regime quando comparados ao grupo de referência (faculdade/pós-graduação). Os resultados mostraram que a adesão autorreferida aumentou significativamente com o aumento da escolaridade.

Entre aqueles com baixa autoeficácia de adesão, a educação pareceu ser um fator importante, uma vez que, com o aumento da educação, o mesmo aconteceu com a adesão autorreferida (H1). Verificou-se que a autoeficácia em adesão à TARV estava associada ao nível de educação, sendo que, quanto mais alto o nível educacional, maior a crença em sua capacidade de aderir e confiar nos benefícios da medicação (I1). Pacientes com baixa escolaridade eram mais propensos a ter conhecimento mais superficial sobre o tratamento para o HIV e relataram baixa autoeficácia para tomar seus medicamentos conforme prescrito (J1). Em contrapartida, em estudo realizado nos Estados Unidos, os escores de autoeficácia não diferiram entre níveis de alfabetização funcionais inadequados e adequados (M).

Da mesma forma que o suporte social, os serviços de saúde e a escolaridade, o estigma correlaciona-se à autoeficácia, uma vez que situações de cunho social impedem que as pessoas que vivem com HIV realizem seu tratamento nessas situações, prejudicando a adesão à TARV (A, K1, C, K, L1, M1). As baixas expectativas de eficácia para adesão à TARV foram mais comuns nas experiências de estar com as pessoas que o paciente não deseja revelar seu diagnóstico de HIV, indo de um lugar para outro e estar com estranhos no momento em que deveriam tomar a medicação (A). A autoeficácia de adesão mediou a relação entre o estigma internalizado e a adesão à TARV.

Além disso, a autoeficácia e a preocupação em ser visto enquanto se tomava medicação para o HIV mediam de forma exclusiva e explicavam quase toda a associação entre estigma e adesão (K1). Além disso, o modelo de análise estatística também mostrou que a adesão à TARV estava significativamente associada à moradia, renda familiar e percepção de estigma (C). Em outro estudo, utilizando outro modelo estatístico, a autoeficácia foi encontrada como tendo associações diretas com a medida de adesão e o estigma. O estigma do paciente correlacionou-se significativamente com a autoeficácia, sendo esta relação negativa (K).

Entretanto, em estudo realizado na China, houve um nível moderado de associação entre a autoeficácia e o estigma do HIV (L1). No Ensaio Clínico Randomizado realizado nos Estados Unidos, a autoeficácia foi medida em escores que variaram de 0 a 10. Os itens com maior variabilidade relacionaram-se ao uso de medicamentos para o HIV em situações sociais, sendo que os escores médios mais baixos e maior desvio padrão foram observados para a tomada de medicamentos no horário em que visitam um bar e quando pessoas desconhecidas estão próximas (M1).

Na dimensão programática, é possível identificar que as intervenções educativas e comportamentais são boas ferramentas para serem institucionalizadas em diferentes contextos de serviços de saúde para promoção da terapêutica, adesão e autoeficácia (A1, N1, I, O1). Usando um desenho de estudo controlado randomizado, foi investigada a influência de um folheto informativo simples testado previamente contendo texto e ilustrações no conhecimento relacionado ao HIV e ARV e na autoeficácia durante seis meses em uma população africana de alfabetização limitada. O nível de alfabetização foi classificado em diferentes graduações e, curiosamente, aos seis meses, os pacientes de intervenção com grau menor ou igual a 3 apresentaram conhecimento superior aos pacientes de nível de alfabetização de graus que variaram de 4 a 7, evidência do efeito positivo do uso da intervenção (folheto) em reduzir o efeito da baixa escolaridade (A1).

Em estudo que utilizou intervenção multimídia para orientação de PVHIV, observou-se que houve diferença significativa entre os modelos de acompanhamento com os participantes do modelo que utilizaram a intervenção multimídia, os quais relataram maiores escores de autoeficácia para aderir ao regime HAART em comparação com os participantes do modelo de tratamento habitual (N1). O Modelo de Capacitação em Saúde (MCS) resultou em associações positivas significativas dos escores do MCS com a maior autoeficácia para a adesão (I). Estudo que realizou intervenções comportamentais e cognitivo comportamentais para aprimorar adesão e autoeficácia, demonstrou que, comparado ao grupo de atendimento padrão, o grupo de intervenção mostrou aumentos significativos na autoeficácia de adesão. Comparações simples para o grupo de intervenção revelaram aumentos na autoeficácia desde o início até o seguimento de 3 meses e desde o início até 9 meses de seguimento (O1).

Por fim, o compromisso, responsabilidade e conhecimento das pessoas que vivem com HIV e com a vulnerabilidade e a autoeficácia é um importante meio de contribuir para a adesão à TARV.

3 MÉTODO

3.1 APRESENTAÇÃO DO PROJETO MATRICIAL

No ECR foi aplicado uma intervenção com base no suporte social, por meio de SMS no grupo intervenção, a fim de avaliar a adesão à TARV ao longo de seis meses. Comparações foram feitas com o grupo controle (assistência convencional).

Com este tipo de desenho, foi possível verificar se a utilização de SMS, por meio do celular, atingiu os seguintes desfechos em adultos infectados pelo HIV e em TARV: elevou os escores de adesão à TARV; elevou os escores de suporte social percebido; elevou os escores de expectativa de autoeficácia para à TARV; e elevou os escores para qualidade de vida (PADOIN, 2020)

O estudo foi desenvolvido no município de Santa Maria/RS, Brasil, que oferta dois serviços especializados para a população de pessoas infectadas pelo HIV. Um deles, de responsabilidade e gestão municipal, é denominado de “Casa 13 de Maio”, que é uma unidade de saúde especializada, com foco no atendimento de infecções sexuais transmissíveis (ISTs), HIV e hepatites virais (B e C). Essa unidade realiza testagem, tratamento e acompanhamento das pessoas que vivem com HIV a partir dos 17 anos de idade. O serviço é composto por uma equipe de dois médicos infectologistas, uma médica que atende somente infecções sexualmente transmissíveis, uma enfermeira, uma psicóloga, uma farmacêutica, uma técnica em enfermagem, além de uma recepcionista e um cargo administrativo (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2019).

O atendimento tem como foco a prevenção, a assistência, o acolhimento com a modalidade de porta aberta, orientações, distribuição de insumos (todos os tipos de preservativos, além de informativos), pré e pós-aconselhamento e quatro tipos de testagem rápidas, todas disponibilizadas pelo SUS para HIV, Sífilis, Hepatite B e Hepatite C (PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA, 2019).

O segundo serviço, de gestão federal e onde os dados foram coletados, é o ambulatório de Doenças Infecciosas de Adultos do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Este é vinculado à 4ª Coordenadoria Regional de Saúde (CRS), sendo referência para atendimento de nível terciário e abrange a população de 45 municípios da região. O HUSM é certificado como Hospital de Ensino e órgão integrante da UFSM, atuando diretamente em ações voltadas para o ensino, pesquisa, extensão e assistência em saúde aos usuários do SUS, com sua gerência

desempenhada pela Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH) desde 2013 (HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA, 2020; BRASIL, 2013b).

A coleta de dados ocorreu no período de julho de 2016 a agosto de 2018, o serviço em questão possuía cadastrados cerca de 1.200 pessoas adultas com HIV, sendo que destas, 500 se encontram em tratamento e em acompanhamento no serviço, segundo dados do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar (NVEH) e da Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM). A lista dos pacientes cadastrados e que realizam a TARV foi disponibilizada pela UDM do HUSM por meio do Sistema de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM). A dispensação dos ARV é realizada pela UDM do próprio hospital (PRIMEIRA et al., 2018).

A população de estudo foi composta por adultos (idade igual ou maior a 15 anos), infectados pelo HIV e em TARV no referido hospital durante o período da pesquisa. Os critérios de inclusão para participação no estudo foram: ser adulto com idade maior ou igual a 15 anos, infectados pelo HIV e em TARV, conforme critérios da UNAIDS; e em tratamento medicamentoso pelo menos há 3 meses (tempo necessário para que os ARV alcancem estabilidade no organismo) (BRASIL, 2017). Os critérios de exclusão foram: apresentar alguma limitação que dificulte a compreensão e/ou expressão verbal; estar em regime penitenciário, uma vez que não tem acesso a telefones móveis; mulheres em período gestacional, visto que há evidência que, durante este período, há incremento da adesão e alteração da TARV.

Os critérios de descontinuidade do estudo foram: desistência das pessoas infectadas pelo HIV ou por parte de seu representante legal (pessoas com idade entre 15 a 18 anos incompletos) de participar da pesquisa após o início da coleta de dados.

Para a randomização dos participantes, foi obtida a lista dos pacientes que realizam tratamento no ambulatório de doenças infectocontagiosas adulto e pediátrico e infectados pelo HIV. Após, essa lista foi inserida no software SPSS 21.0, o qual selecionou a listagem dos participantes de forma aleatória.

A coleta de dados aconteceu mediante a autorização do sujeito de pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o qual foi elaborado nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Neste, contempla-se os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O processo de esclarecimento foi por meio de conversa individual com os participantes da pesquisa sobre os objetivos da mesma, avaliando os procedimentos da coleta, riscos e benefícios. O projeto foi registrado na Plataforma Brasil sob número CAAE 54293916.6.0000.5346. Destaca-se que foi emitida por seu autor, a autorização para o uso do Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS (CEAT-VIH).

Foi elaborado o TCLE e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (TALE), o qual foi devidamente assinado pelo pesquisador responsável e pelo participante da pesquisa, sendo que uma via do documento ficou com o participante e a outra arquivada com o pesquisador junto ao instrumento individual do participante. Foi assegurado o caráter voluntário de participação e a liberdade do participante em retirar-se do estudo a qualquer momento, sendo assegurado seu anonimato. Todas as informações coletadas são única e exclusivamente de responsabilidade do pesquisador, para fins de pesquisa, garantindo a confidencialidade dos dados.

Foi elaborado um Termo de Confidencialidade (TC) dos dados em que a pesquisadora responsável, Doutora Stela Maris de Mello Padoin, comprometeu-se com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados. As informações compõem um banco de dados para releituras com diferentes referenciais teóricos, como se apresenta no estudo em tela em que os dados de base do ECR foram submetidos à análise estatística e interpretados a luz de seus referenciais para responder aos objetivos específicos.

3.2 ANÁLISE DOS DADOS

O estudo em tela foi de abordagem quantitativa e delineamento transversal. Neste tipo de estudo, a investigação destinada à pesquisa é realizada apenas em um momento e não há intervenção. As vantagens desse tipo de estudo são o tempo relativamente curto e o baixo custo (PEREIRA, 2016; POLIT, BECK, 2011). Foi utilizado o banco de dados do projeto matricial com os resultados de base do ECR para responder ao objetivo.

Para identificar o grau de adesão à TARV, foi utilizado o “Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS” (CEAT – VIH). Esse questionário foi desenvolvido por Remor (2002) e validado para a versão brasileira (REMOR et al., 2007). O CEAT – VIH é constituído por 20 questões que abrangem as seguintes dimensões: (1) e por estar com o estado emocional alterado; (3) a interação entre o profissional e paciente conformidade com o tratamento, que inclui a adesão na última semana, a adesão geral desde o início do tratamento, a adesão na ingestão dos horários do medicamento e a avaliação do grau de adesão ao TARV, na qual o paciente recorda os nomes dos medicamentos que utiliza no seu tratamento; (2) fatores que modulam a adesão ao tratamento inclui o histórico de não adesão, o qual abarca deixar de tomar a medicação por se sentir melhor, por se sentir pior depois da ingestão da medicação, na qual a equipe profissional reforça a importância de os pacientes aderirem ao TARV e avalia o relacionamento entre ambos; (4) as crenças do paciente

relacionadas ao esforço ao tempo que implica no cumprimento de seu tratamento, dificuldades percebidas para seguir o tratamento e a expectativas de autoeficácia em tomar os medicamentos e resultados esperados; e (5) a avaliação da gravidade dos efeitos colaterais associados com a ingestão dos ARV, do grau de informações sobre os medicamentos, do grau de satisfação ao tomar os ARV, a percepção de melhoria da saúde e a utilização de estratégias que lembrem os pacientes a tomar os medicamentos.

A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens, sendo o valor mínimo possível 17 e o valor máximo 89. Assim, quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento. O grau de adesão ao TARV é classificado em "estrita", "regular" e "baixa adesão ou inadequada", para este estudo foi desenvolvida a análise conforme orientação do Manual de avaliação da adesão ao TARV (REMOR, 2002; REMOR et al., 2007).

Foi utilizada a Escala de Auto Eficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral para seguir a prescrição ARV, desenvolvida e validada por Leite e colaboradores (2002). Construída de modo que os itens reflitam o nível de experiência dos sujeitos no tratamento para a infecção pelo HIV, a Escala de Auto Eficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral avalia a dificuldade em seguir as prescrições do tratamento em situações que exigem maior planejamento, atenção e organização para tomar a medicação, situações que tenderiam a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento, experiências negativas com a medicação e os efeitos negativos presentes neste processo.

Esta escala é unifatorial com 21 itens, com respostas em escala do tipo Likert de cinco pontos (0 = com certeza não vou tomar; 1 = acho que não vou tomar; 2 = não sei; 3 = acho que vou tomar; 4 = com certeza vou tomar) e a avalia a expectativa do paciente em relação ao seguimento da prescrição. Segundo Leite et al. (2002), ela apresenta tópicos que representam situações que dificultam a ingestão deste medicamento. Para calcular os escores, foram somados os valores dos 21 itens e subtraído desse valor o mínimo assumido pela escala (no caso, zero) para, assim, dividir a amplitude da escala (84-0) e multiplicar por 100. Estes escores propõem uma variável contínua e pode variar de 0 a 100, na qual os valores mais altos indicam melhor expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição ARV.

O conteúdo dos itens presentes na escala, sugerem três situações difíceis para seguir a prescrição: a situação A contempla os itens 5, 6, 7, 13, 16, 17, 19; a B são os itens 1, 2 e 12, 20 e 8; e a situação e C que contempla os itens 10, 15, 18, 21 além dos itens 3, 4, 11, 9 e 14. Essas situações estão dispostas (Quadro 2) a seguir, juntamente com suas descrições conforme Leite et al. (2002).

Quadro 2 - Descrição das situações relacionadas a escala de autoeficácia

SITUAÇÕES		DESCRIÇÃO
A	Concentração e atividades não rotineiras	Exigem maior planejamento, atenção e organização para tomar a medicação. Referem-se à distração, à falta dos medicamentos ou dos alimentos necessários para sua absorção adequada. Esses itens correspondem às atividades que exigem maior concentração, atividades não-rotineiras ou fora de casa e situações sociais de lazer
B	Preocupação com a doença e o tratamento	Tendem a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento. As situações que diminuem a preocupação incluem a carga viral plasmática indetectável e o bom estado de saúde. Entre as situações que afetam a confiança no tratamento estão a descontinuidade no atendimento clínico, estar com alguém que acha o tratamento desnecessário e o mau estado de saúde
C	Experiências negativas	Abrangem experiências negativas com os ARV e afetos negativos de qualquer natureza (LEITE et al., 2002). Sentir-se aborrecido e deprimido, nervoso e irritado, discriminado ou rejeitado, e com medo da discriminação ou crítica social

Fonte: adaptado de Leite et al. (2002).

Os dados foram digitados no programa Excel e, posteriormente, exportados para o programa SPSS versão 20.0 para análise estatística. Foram correlacionados os itens da escala de autoeficácia com a escala de adesão global através do coeficiente de correlação de Spearman, dada a natureza assimétrica das variáveis. Foi considerado um nível de significância de 5% para as comparações estabelecidas.

4 RESULTADOS

Os participantes do estudo eram 56,5% do sexo feminino, 64,3% de cor de pele branca, 50,6% conviviam com esposo(a) ou companheiro(a), 61,3% eram desempregados, 87,5% não utilizavam drogas, 78,6% dos participantes referiam não ingerir bebidas alcoólicas e 57,5% não relataram mudança no estilo de vida depois do diagnóstico. Além disso, a via de transmissão sexual ocorreu em 70,8% dos participantes, 60,7% não apresentaram doença oportunista, 77,4% relataram não utilizar medicação psiquiátrica e 77,4% apresentaram carga viral indetectável.

Destaca-se que os dados de caracterização da amostra (Tabela 1) foram apresentados e discutidos em dissertação que antecedeu este estudo e publicados por Oliveira et al. (2020) conforme tabela que segue.

Tabela 1 - Características sociodemográficas e clínicas da amostra de adultos em TARV para o HIV, RS, Brasil, 2019

Características	n = 168 (%)
Sexo feminino	95 (56,5)
Raça branca	108 (64,3)
Convive com esposo(a) ou companheiro(a)	85 (50,6)
Desemprego	103 (61,3)
Sem uso de drogas	147 (87,5)
Sem uso de bebidas alcoólicas	132 (78,6)
Sem mudança no estilo de vida	97 (57,7)
Via de transmissão sexual do HIV	119 (70,8)
Sem doença oportunista	102 (60,7)
Sem uso de medicações psiquiátricas	130 (77,4)
Carga viral indetectável	130 (77,4)

Fonte: Oliveira et al. (2020, p.4).

A avaliação da expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de ARV em adultos vivendo com HIV com base nos postulados de Bandura foi pela aplicação de uma escala de Autoeficácia para Adesão a Tratamento Antirretroviral desenvolvida por Leite et al. (2002). Essa escala analisa e identifica as potencialidades e lacunas em relação à expectativa da autoeficácia para aderir à terapia medicamentosa prescrita com base em itens que foram construídos de forma colaborativa com as pessoas que vivem com HIV.

Os itens da EEASP estão dispostos na Tabela 2, que aponta a média alcançada conforme a pontuação, o desvio padrão (DP) e valores mínimos e máximos que os participantes atingiram em cada item da escala. A média é calculada a partir dos valores apontados por cada resposta de cada participante do estudo.

Tabela 2 - Itens conforme a situação da Escala de Expectativa de Autoeficácia para Seguir Prescrição de Antirretroviral. Santa Maria, 2020

Itens da Escala		M	DP	Min	Max
Situação A	AE5 Se eu estiver ocupado ou me divertindo.	3,82	0,64	0	4
	AE6 Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho.	3,92	0,39	1	4
	AE7 Se eu estiver na rua.	3,57	1,04	0	4
	AE13 Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia.	3,72	0,77	0	4
	AE16 Se for feriado ou final de semana.	3,97	0,20	2	4
	AE17 Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir.	3,90	0,44	1	4
	AE19 Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina.	3,86	0,50	0	4
Situação B	AE8 Se eu estiver me sentindo doente.	3,92	0,42	0	4
	AE1 Se eu estiver bem de saúde.	3,92	0,43	0	4
	AE2 Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral.	3,86	0,59	0	4
	AE12 Se mudar muito o médico que me atende.	3,84	0,59	0	4
	AE20 Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios.	3,91	0,44	0	4
Situação C	AE9 Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS	3,69	0,98	0	4
	AE10 Se eu tiver de tomar muitos comprimidos.	3,69	0,82	0	4
	AE11 Se eu estiver nervoso ou irritado.	3,83	0,69	0	4
	AE14 Se eu estiver com pessoas estranhas.	3,75	0,83	0	4
	AE15 Se o remédio for difícil de engolir.	3,87	0,51	1	4
	AE18 Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte.	3,84	0,63	0	4
	AE21 Se os remédios estiverem me causando efeito ruim.	3,36	1,20	0	4
	AE3 Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo.	3,89	0,52	0	4
	AE4 Se eu for discriminado ou rejeitado.	3,89	0,47	1	4

Legenda: M: Média; DP: Desvio Padrão; Min: Mínimo; Max: Máximo

Fonte: adaptado de Leite et al, (2002).

Essas situações estão dispostas a seguir, juntamente com seus respectivos itens. Nesse estudo, quanto a situações A, acerca concentração e atividades não rotineiras, o escore médio correspondente ao item da questão “Se eu estiver ocupado ou me divertindo” foi de 3,82 pontos. Quanto à situação “Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho”, a média foi 3,92 pontos. O item “Se eu estiver na rua” teve média igual a 3,57 pontos. Para o item “Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia”, a média foi 3,72 pontos. Para o item “Se for feriado ou final de semana”, o valor médio encontrado foi 3,97 pontos. O item “Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir” teve média de 3,90 pontos. Para o item “Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina”, a média foi de 3,86 pontos.

O menor escore encontrado foi referente à situação de estar na rua 3,57 pontos no momento de ingesta dos ARV, demonstrando que, conforme a escala, a tomada dos medicamentos pode ser comprometida neste tipo de situação, o fato de estar na rua afeta negativamente a pessoa que vive com HIV em relação à tomada dos medicamentos pela carga de estigma e discriminação construída desde o início da epidemia até os dias atuais.

Concentram na situação B, preocupação com a doença e o tratamento, com escore relativo à média para os itens “Se eu estiver bem de Saúde” 3,92 pontos e “Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral” 3,86 pontos. E, ainda “Se mudar muito o médico que me atende”, a média para esse item foi de 3,84 pontos, “Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios” teve média de 3,91 pontos e “Se eu estiver me sentindo doente” teve média de 3,92 pontos.

Apresentam na situação C, experiências negativas, itens que incluem sentir que os comprimidos têm gosto ruim ou cheiro forte, ter dificuldade para engoli-los e sentir efeitos adversos da medicação. A média para os itens “Se eu tiver de tomar muitos comprimidos”, “Se o remédio for difícil de engolir”, “Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte” e “Se os remédios estiverem me causando efeito ruim” foram, respectivamente, 3,69, 3,87, 3,84 e 3,36 pontos. E, ainda, pontuações relativas à média para os itens “Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo” 3,89 pontos, “Se eu for discriminado ou rejeitado” 3,89 pontos, “Se eu estiver nervoso ou irritado” 3,83 pontos, “Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS” 3,69 pontos e “Se eu estiver com pessoas estranhas” 3,75 pontos.

As menores médias estão relacionadas às situações de efeitos adversos 3,36 pontos relacionados aos ARV, grande número de comprimidos 3,69 pontos e situações nas quais o diagnóstico não deve ser revelado 3,69 pontos. Nestes momentos, a expectativa de autoeficácia é menor, o que pode comprometer a ingestão dos ARV. É possível perceber, conforme dados da Tabela 3, as menores médias são encontradas nas situações A e C, as quais devem receber maior atenção da equipe de saúde ao realizar o atendimento às pessoas com essas fragilidades quanto às expectativas relacionadas a adesão ao tratamento.

Tabela 3 - Média e desvio padrão segundo as situações da escala de autoeficácia. Santa Maria, 2020

Situação	Média	Desvio Padrão	Mínimo	Máximo
Situação A	3,82	0,39	1,71	4,00
Situação B	3,89	0,31	2,20	4,00
Situação C	3,76	0,50	0,44	4,00

Fonte: autor.

Para fazer a correlação da autoeficácia com a adesão, foi utilizada a classificação já publicada nos estudos de Primeira et al. (2020) e Oliveira (2020). O resultado para esta amostra

foi: adesão estrita para 33,7% (n = 56) dos participantes, como insuficiente para 65,1% (n = 108) e baixa para 1,2% (n = 2).

Na Tabela 4, encontra-se a distribuição das situações (A, B e C) de expectativa de autoeficácia quanto aos níveis de adesão (baixa, insuficiente e estrita).

Tabela 4 - Situações de autoeficácia segundo os níveis de adesão do CEAT-VIH. Santa Maria, 2020

Situações AE	Níveis de adesão					
	Adesão baixa		Adesão insuficiente		Adesão estrita	
	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão	Média	Desvio Padrão
Situação A	3,07	0,71	3,83	0,31	3,92	0,21
Situação B	3,40	0,57	3,90	0,25	3,95	0,14
Situação C	2,56	0,31	3,81	0,31	3,90	0,19

Fonte: autor.

Da mesma forma como observado na Tabela 4, as menores médias estão concentradas nas situações A e C, sendo que, as médias das situações ficam menores conforme os níveis de adesão são mais baixos.

Os itens da situação C que se correlacionaram de forma estatisticamente significativa com a adesão global foram AE3, AE4, AE9, AE10, AE11 e AE21. As correlações foram de magnitude fraca, os que tiveram maior correlação foram AE3, AE11, AE4, AE21.

Tabela 5 - Correlação de Spearman entre os itens da situação C da autoeficácia e a adesão global. Santa Maria, 2020

Item	r_s	p
AE3 Se eu estiver aborrecido e me sentindo para baixo	0,30	<0,001
AE4 Se eu for discriminado ou rejeitado	0,26	0,001
AE9 Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS	0,17	0,031
AE10 Se eu tiver de tomar muitos comprimidos	0,25	0,001
AE11 Se eu estiver nervoso ou irritado	0,29	<0,001
AE14 Se eu estiver com pessoas estranhas	0,13	0,091
AE18 Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte	0,14	0,074
AE21 Se os remédios estiverem me causando efeito ruim	0,26	0,001

Legenda: r_s : Correlação de Spearman.

Fonte: autor.

Ao correlacionar as variáveis de indicadores clínicos e de adesão do instrumento CEAT-VIH com a EEASP, foram encontrados os resultados expostos na Tabela 6.

Tabela 6 - Correlação entre autoeficácia, indicadores clínicos e as dimensões de adesão do CEAT-VIH. Santa Maria, 2020

Variáveis	Coefficiente de correlação	p	N
Indicadores clínicos			
Células T-CD4+	0,212*	0,008	155
Carga Viral	-0,170*	0,032	159
Adesão			
Cumprimento	0,263*	0,001	166
Antecedentes	0,283*	0,000	166
Comunicação	0,108	0,166	166
Crenças	0,121	0,120	166
Satisfação	0,129	0,098	166
Adesão global	0,324**	0,000	166

Legenda: *correlação fraca; **correlação moderada.

Fonte: autor.

As variáveis células T-CD4+, CV, cumprimento, antecedentes e adesão global apresentaram correlação estatisticamente significativa com a EESAP. Para a as Células T-CD4+, essa correlação foi direta e fraca. A CV também apresentou correlação fraca, no entanto, foi inversa. Cumprimento e Antecedentes apresentaram correlação fraca e direta, sendo que Adesão global demonstrou correlação moderada e direta.

Correlações estatisticamente significativas indicam que há uma relação entre a adesão e as outras variáveis citadas, quando a correlação é direta e fraca, significa que a medida que aumenta uma variável, também aumenta a outra, ou seja, à medida que aumenta a adesão, aumenta o CD4, sendo uma correlação direta e fraca, nesse interim. No entanto, a correlação é fraca e inversa, essa informação tem a relevância de informar que a medida que aumenta à adesão, ocorre a diminuição da CV.

A seguir os resultados desse estudo serão interpretados com estudos que tangenciam o tema da adesão a TARV e está organizado conforme cada situação (A, B e C) da Escala de autoeficácia.

5 DISCUSSÃO

A situação A corresponde às atividades relacionadas ao uso de medicamentos e aos momentos em que a pessoa necessita de maior concentração. Isso poderá estar implicado quando o indivíduo desenvolve atividades não-rotineiras ou fora de casa como em eventos sociais de lazer (LEITE et al., 2002).

No estudo em tela, ficou evidente que, em momentos de ocupação ou diversão, a expectativa de tomar o medicamento foi, em média, 3,82 pontos e 3,92 pontos quando o participante estivesse em viagem de passeio ou de trabalho. Isso demonstra que a rotina semanal e de final de semana estão diretamente relacionadas à perspectiva de adesão aos medicamentos ARV. A atividade fora de casa faz com que a pessoa não se sinta à vontade para ingerir o medicamento, principalmente, em finais de semana, quando está com pessoas que não sabem do diagnóstico da infecção.

No estudo de Foresto et al. (2017), desenvolvido com adultos de dois Serviço de Atendimento Especializado no estado de São Paulo, a adesão foi menor no ambiente laboral, seja pela ocupação diária que em alguns casos a pessoa esquece do horário ou até por medo de ser visto ingerindo o medicamento. Essas situações impactam na rotina de vida e também no seguimento clínico e na autoeficácia para o tratamento da infecção pelo HIV.

O vínculo empregatício impacta na qualidade de vida, conforme resultado do estudo de Primeira et al. (2020), no qual essas situações positivas em relação ao vínculo laboral fazem com que a pessoa se sinta valorizada e consiga usufruir de bons momentos sociais. Nesse sentido, quando bem empregada e com condições sociais favoráveis para uma boa qualidade no processo de vida, as expectativas aumentam em relação à adesão e seguimento da prescrição ARV, pois esses fatores estão interligados com a autoeficácia.

O ambiente laboral afeta a adesão e expectativa de autoeficácia em decorrência da rotina de trabalho, seja pela quantidade de horas de trabalho ou pelo quanto essa pessoa sente-se ocupada por longos períodos no ambiente laboral. Além disso, viagens a trabalho também são preditores de baixa expectativa de autoeficácia pela mudança da rotina. Essa rotina interfere nos horários de tomada do medicamento que são alteradas pela viagem, o que diminui as expectativas de autoeficácia (MARQUES et al., 2020).

Outro resultado importante foi se o participante precisasse mudar o horário de comer ou de dormir ou se estivesse fazendo coisas fora da sua rotina. Este resultado converge com Costa e Meirelles (2019), no qual a descontinuidade da rotina diária por longos períodos refletem na adesão. Então, se a pessoa precisar mudar seu horário de dormir ou se alimentar, as expectativas

de tratamento diminuem. Essa alteração rotineira faz com que a pessoa acabe esquecendo o horário de administração dos ARV. Esses comportamentos fora da rotina diária interferem na continuidade do tratamento, situações de vida mais frequente em adultos jovens de 15 a 24 anos, por ser uma fase em que o sono e a alimentação não são regulares.

Os fatores sociais desempenham apoio a essas pessoas que vivem com HIV, no sentido de ofertar um suporte social que ultrapassa o aspecto funcional, e corrobora no aspecto estrutural. Esse suporte se relaciona diretamente com a expectativa de autoeficácia conforme o item “Se eu estiver na rua e precisar administrar os medicamentos”. Se a sociedade desconstruísse os estigmas e preconceitos relacionados à infecção, essa lacuna seria amenizada e auxiliaria tanto na adesão como na autoeficácia para seguir a prescrição medicamentosa. Assim, a pessoa que vive com a infecção não apresentaria receio caso alguém presenciasse ingerir medicamento (LENZI et al., 2018).

A expectativa de autoeficácia tem ligação com o horário de administração dos medicamentos e com os momentos nos quais a pessoa precisa ingeri-los. Se a prescrição exigir vários horários de administração durante o dia, a tendência é que a expectativa de autoeficácia para a adesão diminua em decorrência dessas situações exigirem uma organização maior das pessoas que vivem com HIV. Essas situações que precisam de uma organização prévia demandam tempo e resiliência da pessoa que vive com a infecção (ARAÚJO et al., 2019). Por sua vez, a aceitação do diagnóstico aumenta as expectativas de autoeficácia e adesão à TARV.

Nesse sentido, situações pontuadas na escala e que alteram o andamento da rotina das pessoas que vivem com HIV influenciam na expectativa de autoeficácia de forma positiva ou negativa, pela singularidade do olhar que cada pessoa que vive com a infecção tem sobre essas rotinas pontuais. Assim, no seguimento da prescrição da TARV, tais situações são preditoras de adesão ao tratamento e desempenham função importante no cotidiano de vida dessas pessoas (MARANHÃO, PEREIRA, 2018).

O estudo de Primeira et al. (2018), realizado no RS com 179 pessoas vivendo com HIV, obteve como resultado que a rotina de ingerir os comprimidos sempre no mesmo horário fortalecem a continuidade do tratamento, em situações que esse horário não se mantém na rotina, como no item da escala “Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina”. A expectativa de autoeficácia diminui pelo fato de ocorrer mudanças na rotina de vida e horário em que a pessoa ingere os ARV. Em situações que a rotina de horários e de processo de vida são contínuas, essa tende a aumentar as expectativas de autoeficácia.

Em outro estudo (SILVA et al., 2017) realizado com 113 pessoas vivendo com HIV na região Nordeste do Brasil, situações em que a pessoa precisasse ingerir medicamentos em mais

de um horário durante o dia ou necessitasse de alimentação prévia para prevenir efeitos colaterais exigiram organização de horário e disciplina. Nesse sentido, a adesão ao tratamento diminui junto com a crença de autoeficácia e situações que exigem apenas um horário no dia para tomada dos ARV são preditoras de autoeficácia para seguir a prescrição e aderir ao tratamento. Isso pode ser analisado através do item “Se eu tiver que tomar remédios várias vezes por dia”, no qual a média de pontos foi de 3,72.

A situação B concentra as manifestações emocionais ou afetivas que poderão diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento (LEITE et al., 2002). Tem-se que a infecção pelo HIV é silenciosa e desenvolve na pessoa uma ilusão de boa saúde e, em situações que esse indivíduo convive com outras pessoas que não apresentam autoeficácia e confiança no tratamento, as chances de abandono e descontinuidade no atendimento clínico aumentam e, conseqüentemente, o aparecimento de doenças oportunistas são mais frequentes. Nesse sentido, o profissional enfermeiro precisa estar atento a essas demandas e ofertar o cuidado e escuta qualificada para o indivíduo não perder o vínculo com o serviço de saúde (ROGRIGUES, MAKSUD, 2017). Esse vínculo bem atrelado aumenta as expectativas de autoeficácia em relação ao seu tratamento. Também, o convívio com pessoas que estão vivenciando a mesma situação aumenta as expectativas de crença na TARV

Baixas expectativas de autoeficácia e relações sociais que diminuem essas expectativas estão relacionadas ao abandono da TARV. Nesse caso, situações consideradas como estressoras, como a depressão, que ocorre em todas as fases da infecção, a descoberta do diagnóstico, a aceitação da mudança de estilo de vida, o uso de medicamentos por todo o processo de vida e os efeitos colaterais possíveis desses medicamentos causam um efeito de descrença no tratamento (MELLO et al., 2020). Assim, as expectativas de autoeficácia e confiança no quanto a pessoa consegue dar continuidade a esse processo ficam prejudicadas

As relações sociais também permeiam o vínculo que essa pessoa que vive com HIV tem com o profissional de saúde que o atende. Esse vínculo precisa ser efetivo e estimulado pela confiança que a pessoa constrói nesse processo de aceitação, adesão e continuidade do acompanhamento clínico. Situações que representam um bom vínculo para a pessoa que vive com a infecção tendem a ser mais prazerosa e aumentam os níveis de autoeficácia. Em situações que esse vínculo se perde ou não é afetivo, a tendência é que as expectativas de autoeficácia diminuam. Por exemplo, no estudo de Primeira et al. (2020), essa quebra de vínculo tem ligação com o nível de confiança que se cria em relação aos profissionais de saúde.

A autoeficácia tem relação direta com o conhecimento que a pessoa em tratamento possui acerca dos níveis de carga viral, conforme o item “Se o vírus no meu sangue for tão

pouco que não aparece no exame de carga viral”. Cria-se com isso uma ilusão de que a carga viral indetectável significa a cura, o que poderá refletir em abandono ou esquecimento da ingestão diária dos medicamentos (SOUSA, PINTO JÚNIOR, 2016). O comportamento em relação à carga indetectável faz com que o indivíduo diminua a autoeficácia em relação aos medicamentos ARV e, com isso, a adesão é ineficiente para manter os níveis indetectáveis.

Outra questão que ficou evidenciada nesse estudo foi o vínculo entre a pessoa que vive com HIV e o profissional médico como preditor de expectativa de autoeficácia, conforme indicam os resultados do item “Se mudar muito o médico que me atende”. Nesse sentido, a presença rotineira de um profissional médico aumenta a credibilidade no tratamento e, em casos que ocorra a mudança desse profissional, o vínculo se perde (OLIVEIRA et al., 2020). Isso prejudica a eficiência do tratamento e diminui as expectativas de autoeficácia que essa pessoa desenvolve caso esse profissional o acompanhasse desde o diagnóstico, o que aumenta a autoeficácia para seguir a prescrição e aderir de forma positiva aos ARV.

As relações sociais e criação de vínculo são situações primordiais para o alcance da carga viral indetectável, conforme os itens da escala de expectativa de autoeficácia. Quando a pessoa que vive com HIV recebe acolhimento e percebe que o tratamento foi efetivo com os pares, a expectativa de autoeficácia aumenta. Assim, a adesão e o seguimento da prescrição tornam-se parte da vida dessa pessoa (JESUS et al., 2017).

Os resultados de um estudo de abordagem quantitativa descritiva e delineamento transversal, realizado em um ambulatório de doenças infecciosas de um Hospital Universitário da região Centro-oeste do Estado do RS/Brasil e composto por uma amostra de 179 pessoas vivendo com HIV, vêm ao encontro da situação B. A eficácia do tratamento está vinculada como a melhora na saúde após ter iniciado a ingestão dos ARV (PRIMEIRA et al., 2018).

O fato de se sentir bem e saudável aumenta as expectativas de autoeficácia e confiança no tratamento e no medicamento. Esta questão é convergente com estudos que avaliaram o suporte social que essa pessoa recebe durante o tratamento e aponta para a importância para uma boa adesão à TARV. Quando as pessoas que vivem com a infecção recebem esse suporte do companheiro(a), do serviço de saúde, dos contatos mais próximos, as expectativas de autoeficácia para seguir a prescrição por motivo de se sentir acolhida e aceita nesse contexto social aumentam (LI et al., 2017).

Em situações em que essa pessoa não recebe suporte social, as expectativas de autoeficácia diminuem, o que vem ao encontro do item “Se mudar muito o médico que me atende”. Diante desse item, a mudança de profissional médico ao longo do tratamento diminui a expectativa de autoeficácia. Isso poderá estar relacionado ao suporte social ofertado para essa

pessoa, pois, situações em que o suporte social é ineficiente, a expectativa de autoeficácia e sucesso para seguir a prescrição dos ARV diminui (VANDERDRIFT et al., 2017).

Resultados do estudo de Silva et al. (2017) converge com o item “Se eu estiver me sentindo doente”, no qual a pessoa que vive com a infecção tende a perder a crença de autoeficácia, caso apresente sinais e sintomas decorrentes da infecção pelo HIV. Essas situações em que a pessoa se sente desmotivada física e clinicamente são preditoras de baixa autoeficácia, visto que pessoas que aderem ao tratamento e não sentem algum tipo de sintoma são mais aptas a seguir o tratamento e prescrição dos ARV aumentando a autoeficácia.

Em relação às doenças oportunistas que são desencadeadas pela não adesão ao ARV, essa situação que converge com os itens “Se eu estiver bem de Saúde” e “Se eu estiver me sentindo doente”. Conforme estudo de ARAÚJO et al. (2020), no qual a boa adesão ao tratamento diminuiu as chances de desenvolver uma doença oportunista, situação favorável ao aumento das expectativas de autoeficácia. A pessoa que vive com a infecção sem vivenciar o oportunismo dessas doenças tende a crer no tratamento e seguir a prescrição de ARV, o que aumenta a autoeficácia.

A última situação (Situação C) que compõe a escala é aquela que leva em consideração as experiências negativas com o uso dos ARV pelas pessoas que vivem com HIV e também afetos negativos de qualquer natureza (LEITE et al., 2002). No contexto da expectativa de autoeficácia e adesão ao tratamento, estão os sentimentos de incapacidade e esse é provocado pelo estigma e discriminação que ainda permeia a infecção pelo HIV. Apesar de o tratamento atual ser de primeira linha, a consciência construída culturalmente sobre a infecção prejudica a expectativa de autoeficácia e confiança em si mesmo para executar atividades benéficas em relação ao tratamento; situações de preconceito seja por parte dos familiares ou profissionais da saúde remetem a sentimentos de abandono e incapacidade de viver em sociedade, impactando na baixa crença de autoeficácia (PIRES, SANTOS, 2018).

Estudo realizado com 156 adultos vivendo com HIV na região sul do Brasil obteve como resultado que preocupações com o sigilo em relação ao diagnóstico da infecção são indicadores negativos de qualidade de vida e impactam negativamente no processo de vida (PRIMEIRA et al., 2020). As expectativas de autoeficácia diminuem em relação à adesão e ao seguimento da prescrição de ARV, a preocupação com o sigilo vem ao encontro da carga cultural negativa no que se refere a infecção pelo HIV.

Expectativas negativas com as medicações em relação ao gosto, cheiro desagradável, efeitos colaterais presentes no início do tratamento e número de comprimidos administrados ao dia são preditores de baixa autoeficácia. Quando a pessoa interrompe o tratamento, os efeitos

colaterais irão desaparecer, causando uma sensação de bem estar e levando ao abandono da TARV. Outro fator que impacta negativamente na tomada dessas medicações é o uso abusivo de álcool e outras drogas, os quais causam irregularidade no horário de administração dos medicamentos e, conseqüentemente, diminuem a adesão e prejudica a autoeficácia relacionada ao uso desses medicamentos (SANTOS, 2016).

Outro fator que diminui a autoeficácia no tratamento é o número de comprimidos que precisam ser administrados por dia, o que representa uma linha tênue com cheiro e gosto do medicamento. Caso o medicamento apresente cheiro e gosto ruim, a pessoa tende a não administrar diariamente devido ao desconforto que essas experiências representam na rotina e, principalmente, na hora da tomada dos medicamentos (COSTA, MEIRELLES, 2019). Além disso, quanto maior o número de comprimidos, menor é a expectativa de autoeficácia conforme o item “Se eu tiver de tomar muitos comprimidos”.

Em situações em que a pessoa que vive com HIV sinta nervosismo e irritabilidade, a expectativa de autoeficácia diminui. Isso vem ao encontro da discriminação e do estigma social que a sociedade representa às pessoas que vivem com a infecção. Já em ambientes acolhedores e afetuosos, esses sentimentos não são vivenciados e a pessoa se sente acolhida e bem aceita nesse convívio social. Essa rotina de conviver com pessoas que aceitam o diagnóstico aumentam as expectativas de autoeficácia para seguir o tratamento e aderir de forma efetiva à prescrição (NOGUEIRA, SEIDL, 2016).

Expectativas negativas com a medicação ou com sentimentos de ansiedade, irritabilidade e nervosismo são fatores que interferem na expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição de ARV. Desse modo, quanto maior a relação da pessoa que vive com HIV com essas situações, menor é a expectativa de autoeficácia para seguir o tratamento. Já em situações nas quais esses sentimentos são positivos, a expectativa de autoeficácia aumenta (CALVETTI et al., 2017).

Os efeitos adversos relacionados ao uso dos ARV foram negativamente associados à expectativa de autoeficácia para adesão. As baixas expectativas de eficácia para adesão ao TARV foram mais comuns nas experiências de efeitos adversos do tratamento. Essas situações são preditores de adesão e, quanto maior os efeitos colaterais, menores são as expectativas de autoeficácia para seguir com a prescrição (DRACHLER et al., 2016).

O sentir-se triste e deprimido corrobora com a ideia de como a sociedade percebe essas pessoas em situações conforme os itens “Se eu for discriminado ou rejeitado”, “Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS” e “Se eu estiver com pessoas estranhas”. Tais itens são situações que envolvem pessoas que não têm o

conhecimento do diagnóstico das pessoas que vivem com HIV. A presença de outras pessoas dificulta a ingestão dos ARV, seja pelo medo de ser visto ingerindo ou pelo medo de sofrer discriminação e exclusão desse meio social. Em situação em que as outras pessoas sabem do diagnóstico e representam afeto e aceitação, as expectativas de autoeficácia aumentam. Assim, essas pessoas desenvolvam um comportamento de adesão ao tratamento e obtenham sucesso no seguimento da prescrição dos ARV (PRIMEIRA et al., 2018).

Situações de aborrecimento e depressão tendem a diminuir a expectativa de autoeficácia. A depressão em pessoas que vivem com HIV estimula a sensação de descrença no tratamento, pois esse sentimento de descrença ocasiona a negação em relação à infecção. Nessas situações, ocorre a não adesão aos ARV e adoção de estilo de vida não saudável, como o uso abusivo de álcool e outras drogas (SILVA et al., 2017). Pessoas que vivenciam o processo de vida com motivação tendem a obter níveis de autoeficácia maiores em relação às pessoas desmotivadas com o tratamento.

Para Araujo et al. (2019), o suporte social foi um fator importante que implicou positivamente na expectativa de autoeficácia para seguir a prescrição de ARV. Os autores afirmam que, nas situações que a pessoa que vive com HIV recebe apoio emocional das pessoas próximas e no ambiente de trabalho, a adesão ao tratamento é eficaz. Desse modo, sentir-se acolhido em ambientes sociais estimula o seguimento do tratamento e da prescrição. Em ambientes desfavoráveis, o estigma e preconceito estão presentes culturalmente. Desse modo podem diminuir a expectativa de autoeficácia e crença no tratamento da infecção.

Por fim, os resultados deste estudo evidenciam que as principais situações com menores médias são as concentradas nas situações A e C, conforme expostas na tabela 4. Na situação A, os itens que apresentaram menores médias foram “Se eu estiver na rua” e “Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia”. Assim, concluímos que a expectativa de autoeficácia diminui quando a pessoa vivencia situações em que há necessidade de se concentrar, considerando que ela esteja fora de sua rotina diária.

Na situação C, os itens da escala que apresentaram menor média foram “Se os remédios estiverem me causando efeito ruim”, “Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS” e “Se eu tiver de tomar muitos comprimidos”. Ainda nessa situação, os itens que apresentaram maior correlação com a autoeficácia e adesão global foram “Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo”, “Se eu estiver nervoso ou irritado”, “Se eu for discriminado ou rejeitado” e “Se os remédios estiverem me causando efeito ruim”. Assim, concluímos que pessoas que vivem com HIV e que vivenciam experiências negativas, tendem a diminuir a expectativa de autoeficácia no tratamento e seguimento da prescrição de ARV.

6 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo poderá contribuir para reafirmar a necessidade de desconstrução do estigma social que as pessoas que vivem com HIV experimentam no processo de vida. Conforme resultado dessa dissertação, o sentir-se discriminado ou rejeitado apresentou maior correlação com a autoeficácia e adesão global.

Espera-se que o estudo contribua com a prática assistencial dos profissionais da saúde, ampliando o olhar crítico e reflexivo em relação ao tratamento e, principalmente, que seja ferramenta para estimular o uso deste instrumento que mede a autoeficácia na prática clínica. Também se estima que o cuidado seja livre de qualquer preconceito e que esses profissionais sejam disseminadores de suporte social para às pessoas que vivem com HIV. Nesse sentido, também se espera que o saber produzido neste estudo impacte positivamente na formação de novos profissionais que em breve farão o acompanhamento efetivo de pessoas que vivem com o vírus.

Para o aprimoramento do cuidado relacionado às pessoas que vivem com HIV, considera-se importante a criação de grupos mediados por equipe multiprofissional com o propósito de ofertar compartilhamento de experiências entre essas pessoas e orientações sobre adequações rotineiras no cotidiano. Isso poderá fortalecer os vínculos e aumentar a expectativa de autoeficácia pela experiência vicária.

Para a pesquisa, novos estudos que abordam essa temática são importantes para evidenciar que o ensino, pesquisa e extensão são fundamentais para gerar, aprimorar e compartilhar conhecimentos que possam impactar na vida dos seres humanos. Entende-se que pesquisas são realizadas com o fim principal de melhorias, transformação pessoal, profissional e assistencial. Estudos científicos são resultados do esforço e dedicação de uma comunidade que pesquisa incansavelmente para causar mudanças positivas na vida dessas pessoas. Neste caso, com o intuito de aumentar as expectativas de autoeficácia para seguir a prescrição de ARV.

Tendo em vista a importância da responsabilidade de o pesquisador retornar esses dados para a população de forma acessível e didática, é importante que o estudo alcance a população de forma clara e objetiva. Assim, estreitando a relação entre a comunidade e o meio acadêmico e afirmando que a universidade pública e de qualidade existe e afeta positivamente a população será desenvolvida a criação de infográfico para disseminar conhecimento.

REFERÊNCIAS

- ALANI, K. de C. M. **Representações sociais do trabalho de pessoas que convivem com HIV/AIDS em uso de terapia antirretroviral**. 2019. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, São Paulo, Brasil, 2019.
- ALVES, J. A. L. **Os direitos humanos como tema global**. São Paulo: Perspectiva, 1994.
- AMIRKHANIAN, Y. A. et al. Predictors of HIV Care Engagement, Antiretroviral Medication Adherence, and Viral Suppression Among People Living with HIV Infection in St. Petersburg, Russia. **AIDS Behav.** v. 22, n. 3, p. 791-799, 2018. Disponível em: 10.1007/s10461-016-1638-9
- ARAGONÉS, C; SÁNCHEZ, L; CAMPOS, J.R.; PÉREZ, J. Antiretroviral Therapy Adherence in Persons with HIV/AIDS in Cuba. **MEDICC Review**, v. 13, n. 2, p. 17-23. 2011.
- ARAUJO, L.F. et al. Análise da Resiliência entre Pessoas que Vivem com HIV/AIDS: Um Estudo Psicossocial. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 35, e35416, 2019. Disponível em: 10.1590/0102.3772e35416
- ARCHIOPOLI, A.; GINOSSAR, T., WILCOX, B.; AVILA, M., HILL, R.; OETZEL, J. Factors of interpersonal communication and behavioral health on medication self-efficacy and medication adherence. **AIDS Care**, v. 28, n. 12, p. 1607-1614, 2016. Disponível em: 10.1080/09540121.2016.1192577
- ARNSTEN, J. H. et al. Factors associated with antiretroviral therapy adherence and medication errors among HIV-infected injection drug users. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 46, n. 2, p. S64-S71, 2007. Disponível em: 10.1097/QAI.0b013e31815767d6
- ATKINSON, J. S. et al. Associations among correlates of schedule adherence to antiretroviral therapy (ART): A path analysis of a sample of crack cocaine using sexually active African-Americans with HIV infection. **AIDS Care**, v. 20, n. 2, p. 253-262, 2008. Disponível em: 10.1080/09540120701506788
- AYRES, A. R. G. et al. Vigilância epidemiológica. In: GONDIM, G. M. M.; CHRISTÓFARO, M. A. C.; MIYASHIRO, G. M. **Técnico de vigilância em saúde: contexto e identidade**. Rio de Janeiro: EPSJV, 2017. p. 157-192.
- AYRES, J.R.C.M. et al. Vulnerability, Human Rights, and Comprehensive Health Care Needs of Young People Living With HIV/AIDS. **American Journal Of Public Health**, [S.L.], v. 96, n. 6, p. 1001-1006, jun. 2006. Disponível em: 10.2105/ajph.2004.060905.
- BANDURA, A. On Rectifying Conceptual Ecumenism. In: MADDUX, J.E. (eds) **Self-Efficacy, Adaptation, and Adjustment**. The Plenum Series in Social/Clinical Psychology. Springer, Boston, MA, 1995. https://doi.org/10.1007/978-1-4419-6868-5_13

BANDURA, A. **Self-efficacy**: The exercise of control. New York: W. H. Freeman & Company, 1997.

BANDURA, A. Self-efficacy: Toward a unifying theory of behavior change. **Psychol Rev.**, v. 1, n. 4, p. 139-161, 1978.

BARBOSA, F.N.M.; CASOTTI, C.A.; NERY, A.A. Comportamento de risco à saúde de adolescentes escolares. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 25, n. 4, e2620015, 2016. Disponível em: 10.1590/0104-07072016002620015

BARROS, S. G. **Política Nacional de Aids**: construção da resposta governamental à epidemia HIV/aids no Brasil. Salvador: Editora EDUFBA, 2018.

BONES, A.A.N.S.; COSTA, M.R.; CAZELLA, S.C. A educação para o enfrentamento da epidemia do HIV. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, [S.L.], v. 22, n. 1, p. 1457-1469, 2018. Disponível em: 10.1590/1807-57622017.0066

BRASIL. Constituição (1988). **Constituição da República Federativa do Brasil**: promulgada em 5 de outubro de 1988: íntegra das emendas constitucionais: textos originais dos artigos alterados (Adendo especial): novas notas remissivas: índice sistemático, cronológico e alfabético-remissivo: súmulas vinculantes. 45. ed. São Paulo: Saraiva, 2020.

BRASIL. Contrato nº263/2013 firmado entre a Universidade Federal de Santa Maria e a empresa Empresa Brasileira de Serviços Hospitalares (EBSERH), assinado em 17 de dezembro de 2013. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 3 jan. 2013b. Seção 3, p. 63.

BRASIL. Instituto Nacional do Seguro Social Instrução Normativa - INSS nº 45 de 2010. Dispõe sobre a administração de informações dos segurados, o reconhecimento, a manutenção e a revisão de direitos dos beneficiários da Previdência Social e disciplina o processo administrativo previdenciário no âmbito do INSS. **Ministério da Previdência Social**, Brasília, DF, 2010.

BRASIL. Lei n. 12.984, de 2 de junho de 2014. Define o crime de discriminação dos portadores do vírus da imunodeficiência humana (HIV) e doentes de aids. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014a.

BRASIL. Lei n. 9.313, de 13 de novembro de 1996. Distribuição gratuita de medicamentos aos portadores de HIV e doentes de aids. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1996.

BRASIL. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual Técnico para Diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças**. Brasília, DF, 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV**. Brasília, DF, 2013a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV em Adultos e Crianças**. Brasília, DF, 2018c.

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**. – Brasília: Ministério da Saúde, 2008. 130 p.: il.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília, DF, 2018a.

BRASIL. Nota informativa n. 99, de 22 de agosto 2019. Dispõe sobre as recomendações referentes à frequência de solicitação de exame de CD4 para monitoramento laboratorial de PVHIV, de acordo com o Protocolo Clínica e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (12/2018) – Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Coordenação-Geral de Vigilância do HIV/AIDS e das Hepatites Virais**. Brasília, DF, 2019.

BRASIL. Portaria n. 542, de 22 de dezembro de 1986. Inclui na relação de doenças de notificação compulsória no território nacional (Portaria Ministerial nº 608, de 28 de outubro de 1979) a sífilis congênita e a aids. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 1986.

BRASIL. Portaria nº 1.271, de 6 de junho de 2014. Define a Lista Nacional de Notificação Compulsória de doenças, agravos e eventos de saúde pública nos serviços de saúde públicos e privados em todo o território nacional, nos termos do anexo, e dá outras providências. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014b.

BRASIL. Portaria nº 1.984, de 12 de setembro de 2014. Define a lista nacional de doenças e agravos de notificação compulsória, na forma do Anexo, a serem monitorados por meio da estratégia de vigilância em unidades sentinelas e suas diretrizes. **Diário Oficial da União**, Brasília, DF, 2014c.

BROJAN, L.E.F.; MARCA, L.M.; DIAS, F.A.; RATTMANN, Y.D. Uso de antirretrovirais por pessoas vivendo com HIV/AIDS e sua conformidade com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas. **Einstein (São Paulo)**, São Paulo, v. 18, eAO4995, 2020. Disponível em: [10.31744/einstein_journal/2020ao4995](https://doi.org/10.31744/einstein_journal/2020ao4995)

CALVETTI, P.Ü.; GIOVELLI, G.R.M.; GAUER, G.J.C.; MORAES, J.F.D. Níveis de Ansiedade, Estresse Percebido e Suporte Social em Pessoas que Vivem com HIV/Aids. **Psic.:**

Teor. e Pesq., Brasília, v. 32, n. 4, e324317, 2016 . Disponível em: 10.1590/0102.3772e324317

CAMARGO, L. A. **Associação entre expectativa de autoeficácia, suporte familiar, indicativos de transtornos mentais e adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV e aids**. 2012. 102 p. Dissertação (Mestrado em Ciências)-Coordenadoria de Controle de Doenças da Secretaria da Saúde do Estado de São Paulo, São Paulo, 2012.

CARDONA-DUQUE, D.V. et al. Adherence to antiretroviral treatment and associated factors in people living with HIV/AIDS in Quindío, Colombia. **rev.fac.med.**, Bogotá, v. 65, n. 3, p. 403-410, set. 2017. Disponível em: 10.15446/revfacmed.v65n3.55535

CARVALHO, P. P. et al. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 7, p. 2543-2555, Jul 2019 . Disponível em: 10.1590/1413-81232018247.22312017

CASTRO, S. S. et al. Tendência temporal dos casos de HIV/aids no estado de Minas Gerais, 2007 a 2016. **Epidemiol. Serv. Saúde**, Brasília, v. 29, n. 1, e2018387, 2020. Disponível em: 10.5123/s1679-49742020000100016

CATUNDA, C. **Aspectos psicossociais da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: um estudo transcultural entre a França e o Brasil**. 2016. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

CHEN, W. T. et al. Engagement with Health Care Providers Affects Self- Efficacy, Self-Esteem, Medication Adherence and Quality of Life in People Living with HIV. **Journal of AIDS and Clinical Research**, v. 4, n. 11, p. 256, 2013. Disponível em: 10.4172/2155-6113.1000256

CLABORN, K. R. et al. Pilot study examining the efficacy of an electronic intervention to promote HIV medication adherence. **AIDS Care**, v. 26, n. 3, p. 404-409, 2014. Disponível em: 10.1080/09540121.2013.824534

COLBERT, A. M.; SEREIKA, S. M.; ERLLEN, J. A. Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy. **Journal of Advanced Nursing**, v. 69, n. 2, p. 295-304, 2013. Disponível em: 10.1111/j.1365-2648.2012.06007.x

COOK, P. F. et al. Telephone nurse counseling improves HIV medication adherence: an effectiveness study. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 20, n. 4, p. 316-325, 2009. Disponível em: 10.1016/j.jana.2009.02.008

COSTA, J. O. et al. Efetividade da terapia antirretroviral na era de medicamentos em dose fixa combinada. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 52, 87, 2018. Disponível em: 10.11606/s1518-8787.2018052000399

COSTA, V.T.; MEIRELLES, B.H.S. Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com hiv/aids sob a ótica do pensamento complexo. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 28, e20170016, 2019. Disponível em: 10.1590/1980-265x-tce-2017-0016

CÔTÉ, J. et al. Predictors and Evolution of Antiretroviral Therapy Adherence Among Perinatally HIV-Infected Adolescents in Brazil. **The Journal of Adolescent Health**, v. 59, n. 3, p. 305-310, 2016. Disponível em: 10.1016/j.jadohealth.2016.05.004

COUTINHO, M.F.C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 42, n. 116, p. 148-161, jan. 2018. Disponível em: 10.1590/0103-1104201811612

DIORIO, C. et al. Adherence to antiretroviral medication regimens: a test of a psychosocial model. **AIDS and Behavior**, v. 13, n. 1, p. 10-22, 2009. Disponível em: 10.1007/s10461-007-9318-4

DOWSE, R.; BARFORD, K.; BROWNE, S. H. Simple, illustrated medicines information improves ARV knowledge and patient self-efficacy in limited literacy South African HIV patients. **AIDS Care**, v. 26, n. 11, p. 1400-1406, 2014. Disponível em: 10.1080/09540121.2014.931559

DRACHLER, M. L. et al. The Scale of Self-Efficacy Expectations of Adherence to Antiretroviral Treatment: A Tool for Identifying Risk for Non-Adherence to Treatment for HIV. **PLoS ONE**, v. 11, n. 2, p. e0147443, 2016. Disponível em: 10.1371/journal.pone.0147443

FACCHINI, R.; PINHEIRO, T.F.; CALAZANS, G.J. Prevenção de HIV/aids, produção de diferenças e processos de mudança social. **Sex., Salud Soc.** (Rio J.), Rio de Janeiro, n. 29, p. 253-262, ago. 2018. Disponível em: 10.1590/1984-6487.sess.2018.29.12.a.

FORESTO, J. S. et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 38, n. 1, e63158, 2017. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2017.01.63158

FRAIN, J. et al. A comparison of medication management between older and younger adults living with HIV. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 25, n. 5, p. 414-426, 2014. Disponível em: 10.1016/j.jana.2013.11.006

FREITAS, G. M. **Variáveis psicossociais e adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV/AIDS**. 2015. Dissertação (Mestrado em Psicologia)-Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, São José do Rio Preto, SP, 2015.

FURINI, A.A. da C. et al. HIV/AIDS: Relação dos níveis de linfócitos tcd4+ e carga viral com o tempo de diagnóstico. **Arquivos de Ciências da Saúde**, [S.l.], v. 23, n. 4, p. 95-98, dez. 2016. ISSN 2318-3691. Disponível em: 10.17696/2318-3691.23.4.2016.491

GALVÃO, J. **Aids no Brasil: agenda de construção de uma epidemia**. Rio de Janeiro, ed. 34, São Paulo: ABIA, 2000, p. 29-30.

GOFFMAN, E. **Stigma: Notes on the management of spoiled identity**. Postgrad Med J. 1969. 642p.

GOMES, A.M.T. et al. Representações sociais da morte para pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 27, p. e33407, mar. 2019. ISSN 0104-3552. Disponível em: 10.12957/reuerj.2019.33407

GRANGEIRO, A. et al. The effect of prevention methods on reducing sexual risk for HIV and their potential impact on a large-scale: a literature review. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 18, supl. 1, p. 43-62, 2015. Disponível em: 10.1590/1809-4503201500050005

GUIMARÃES, H. C. **Promoção da saúde dos portadores de HIV/AIDS em situação prisional**: estudo sob o olhar do modelo de Nola Pender. 2016. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

HALKITIS, P. N.; KUTNICK, A. H.; SLATER, S. The social realities of adherence to protease inhibitor regimens: Substance use, health care and psychological states. **J Health Psychol**, v. 10, n. 4, p. 545-558, 2005. Disponível em: 10.1177/1359105305053422

HERRAIZ, F.; VILLAMARÍN, F.; CHAMARRO, A. Psychosocial correlates of the adherence to antiretroviral treatment of men in Penitentiary Center of Barcelona. **Rev Esp Sanid Penit.**, v. 10, n. 3, p. 80-99, 2008. Disponível em: 10.4321/S1575-06202008000300004

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **EBSERH HUSM**. Santa Maria, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm>.

HOSPITAL UNIVERSITÁRIO DE SANTA MARIA. **Hospitais Universitários Federais**. Santa Maria, 2020. Disponível em: <http://www2.ebserh.gov.br/web/husm-ufsm/informacoes/institucional/nossa-historia>.

HOUSTON, E. et al. Another look at depressive symptoms and antiretroviral therapy adherence: The role of treatment self-efficacy. **J Health Psychol**, v. 21, n. 10, p. 2138-2147, 2016. Disponível em: 10.1177/1359105315571976

HOY, A. W.; SPERO, R. B. Changes in teacher efficacy during the early years of teaching: A comparison of four measures. **Teaching and teacher education**, v. 21, n. 4, p. 343-356, 2005. Disponível em: 10.1016/j.tate.2005.01.007

IAOCHITE, R. T. **Crenças de autoeficácia**: considerações teóricas. In: IAOCHITE, R.T.; AZZI, R.G. (Orgs.). **Autoeficácia em contextos de saúde, educação e política**. 1. ed. Porto Alegre: Letra1, 2017. p. 13-27. Disponível em: 10.21826/9788563800299-13-27

IAOCHITE, R.T.; COSTA FILHO, R.A. da. Teacher efficacy beliefs during the practicum experiences in physical education classes. **Motriz: rev. educ. fis.**, Rio Claro, v. 22, n. 3, p. 183-189, 2016. Disponível em: 10.1590/S1980-6574201600030009

IAOCHITE, R.T.; SOUZA NETO, S. de. Strength and sources of self-efficacy beliefs by physical education student teachers. **Motriz: rev. educ. fis.**, Rio Claro, v. 20, n. 2, p. 143-150, 2014. Disponível em: 10.1590/S1980-65742014000200003

- JESUS, G.J. de et al. Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017. Disponível em: 10.1590/1982-0194201700046
- JOHNSON, M. O. et al. Primary relationships, HIV treatment adherence, and virologic control. **AIDS Behav**, v. 16, n. 6, p. 1511-1521, 2012. Disponível em: 10.1007/s10461-011-0021-0
- JONES, D. et al. Examining Adherence Among Challenging Patients in Public and Private HIV Care in Argentina. **AIDS Behav**, v. 19, n. 9, p. 1619-1629, 2015. Disponível em: 10.1007/s10461-015-1037-7
- KANG, E. et al. Factors associated with high rates of antiretroviral medication adherence among youth living with perinatal HIV in Thailand. **International journal of STD & AIDS**, v. 26, n. 8, p. 534-541, 2015. Disponível em: 10.1177/0956462414545524
- KEKWALETSWE, C. T. et al. Social Support and the Mediating Roles of Alcohol Use and Adherence Self-Efficacy on Antiretroviral Therapy (ART) Adherence Among ART Recipients in Gauteng, South Africa. **AIDS Behav**, v. 21, n. 7, p. 1846-1856, 2017. Disponível em: 10.1007/s10461-016-1595-3
- LEITE, J.C. de C. et al. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicol. Reflex. Crit.**, Porto Alegre, v. 15, n. 1, p. 121-133, 2002. Disponível em: 10.1590/S0102-79722002000100014
- LENZI, L. et al. Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 34, e34422, 2018. Disponível em: 10.1590/0102.3772e34422
- LI, L. et al. Antiretroviral therapy adherence and self-efficacy among people living with HIV and a history of drug use in Vietnam. **International Journal of STD & AIDS**, v. 28, n. 12, p. 1247-1254, 2017. Disponível em: 10.1177/0956462417696431
- LI, X. et al. Stigma mediates the relationship between self-efficacy, medication adherence, and quality of life among people living with HIV/AIDS in China. **AIDS patient care and STDS**, v. 25, n. 11, p. 665-671, 2011. Disponível em: 10.1089/apc.2011.0174
- LIMA, A. L. M. et al. **Perguntas e respostas HIV/AIDS**. São Paulo: Atheneu, 1996. 67 p.
- LIMA, Igor Barbosa. Importância do diagnóstico precoce de HIV para a eficácia terapêutica e o bem-estar do paciente. **CES Revista**, [S.l.], v. 32, n. 1, p. 57-71, jul. 2018. ISSN 1983-1625. Disponível em: <https://seer.cesjf.br/index.php/cesRevista/article/view/1468>
- LOPES, A. O. L. et al. Aspectos epidemiológicos e clínicos de pacientes infectados por HIV. **Rev. bras. anal. clin.**, v. 51, n. 4, p. 296-299, 2019. Disponível em: 10.21877/2448-3877.201900721
- LUSZCZYNSKA, A.; SARKAR, Y.; KNOLL, N. Received social support, self-efficacy, and finding benefits in disease as predictors of physical functioning and adherence to

antiretroviral therapy. **Patient Educ Couns.**, v. 66, n. 1, p. 37-42, 2007. Disponível em: 10.1016/j.pec.2006.10.002

MACDONELL, K. K. et al. Predictors of Self-Reported Adherence to Antiretroviral Medication in a Multisite Study of Ethnic and Racial Minority HIV-Positive Youth. **Journal of pediatric psychology**, v. 41, n. 4, p. 419-428, 2016. Disponível em: 10.1093/jpepsy/jsv097

MARANHAO, T.A.; PEREIRA, M.L.D. DETERMINAÇÃO SOCIAL DO HIV/AIDS: REVISÃO INTEGRATIVA. **Rev. baiana enferm.**, Salvador, v. 32, e20636, 2018. Disponível em: 10.18471/rbe.v32.20636

MARC, L. G. et al. Educational attainment and response to HAART during initial therapy for HIV-1 infection. **Journal of Psychosomatic Research**, v. 63, n. 2, p. 207-216, 2007. Disponível em: 10.1016/j.jpsychores.2007.04.009

MARQUES, Sergio Corrêa et al. Avaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/AIDS: revisão integrativa. **Revista Enfermagem UERJ**, [S.l.], v. 28, p. e39144, ago. 2020. Disponível em: 10.12957/reuerj.2020.39144

MEDEIROS, A. R. C. et al. Análise de sobrevivência de pessoas vivendo com hiv/aids. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 11, n. 1, p. 47-56, nov. 2016. ISSN 1981-8963. Disponível em: 10.5205/1981-8963-v11i1a11877p47-56-2017

MELLO, C. J. F. de A. et al. Terapia Antirretroviral: principais causas de abandono no estado do Amapá. **Revista Eletrônica Acervo Saúde**, v. 12, n. 8, p. e3423, 26 jun. 2020. Disponível em: 10.25248/reas.e3423.2020

MELO, G. C. de et al. Comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 167-175, mar. 2016. Disponível em: 10.5935/1414-8145.20160022.

MELO, G. C. **Saúde sexual de pessoas vivendo com HIV/AIDS sob a ótica da promoção da saúde**. 2015. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Alagoas, Alagoas, 2015.

MELO, G.C. de et al. Comportamentos relacionados à saúde sexual de pessoas vivendo com o Vírus da Imunodeficiência Humana. **Esc. Anna Nery**, Rio de Janeiro, v. 20, n. 1, p. 167-175, mar. 2016. Disponível em: 10.5935/1414-8145.20160022

MENDES, K. D. S.; SILVEIRA, R. C. de C. P.; GALVAO, C. M. Revisão integrativa: método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto contexto - enferm.**, Florianópolis, v. 17, n. 4, p. 758-764, dez. 2008. Disponível em: 10.1590/S0104-07072008000400018

MENEZES, P. D. L. et al. Grau de adesão à terapia tripla combinada antirretroviral em pacientes diagnosticados com HIV/AIDS no Serviço de Atendimento Especializado. **ID On Line Revista Multidisciplinar e de Psicologia**, v. 13, n. 44, p. 811-827, 2019. Disponível em: 10.14295/online.v13i44.1658

MOÇAMBIQUE. **Directriz de implementação da carga viral de HIV em Moçambique.** Ministério da Saúde (MISAU), Direção Nacional de Assistência Médica (DNAM) para Implementação do Aconselhamento e Testagem em Saúde. Moçambique: MISAU/DNAM – 2015.

MONTEIRO, S. S. et al. Desafios do tratamento como prevenção do HIV no Brasil: uma análise a partir da literatura sobre testagem. **Ciênc. saúde coletiva**, Rio de Janeiro, v. 24, n. 5, p. 1793-1807, 2019. Disponível em: 10.1590/1413-81232018245.16512017

MORO, A. L. D. **Fatores de risco para falha virológica primária em pacientes com HIV e genotipagem pré-TARV:** um estudo de coorte retrospectivo. 2018. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2018.

MURPHY, D. A. et al. Results of an Antiretroviral Adherence Intervention: STAR (Staying Healthy: Taking Antiretrovirals Regularly). **Journal of the International Association of Physicians in AIDS Care**, v. 6, n. 2, p. 113-124, 2007. Disponível em: 10.1177/1545109707301243

NDASHIMYE, E.; ARTS, E. J. The urgent need for more potent antiretroviral therapy in low-income countries to achieve UNAIDS 90-90-90 and complete eradication of AIDS by 2030. **Infect Dis Poverty.**, v. 8, n. 1, p. 63, 2019. Disponível em: 10.1186/s40249-019-0573-1

NOGUEIRA, G. S. **Efeitos de intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/AIDS.** 2016. Tese (Doutorado em Processos de Desenvolvimento Humano e Saúde)-Universidade de Brasília, Brasília, DF, 2016.

NOGUEIRA, G.S.; SEIDL, E.M.F. Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/Aids. **Temas psicol.**, Ribeirão Preto, v. 24, n. 2, p. 595-608, jun. 2016. Disponível em: 10.9788/TP2016.2-12

NOKES, K. et al. Focus on increasing treatment self-efficacy to improve human immunodeficiency virus treatment adherence. **J Nurs Scholarsh**, v. 44, n. 4, p. 403-410, 2012. Disponível em: 10.1111/j.1547-5069.2012.01476.x

NUNES JUNIOR, S.S.; CIOSAK, S.I. Terapia antirretroviral para hiv/aids: o estado da arte. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, [S.l.], v. 12, n. 4, p. 1103-1111, abr. 2018. ISSN 1981-8963. Disponível em: 10.5205/1981-8963-v12i4a231267p1103-1111-2018

OLIVEIRA, E. O. et al. Infecção Aguda pelo Vírus da Imunodeficiência Humana 1: uma janela de oportunidade. **Galicia Clin**, v. 77, n. 1, p. 36-38, 2016.

OLIVEIRA, F. B. M. et al. Orientação sexual e qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 70, n. 5, p. 1004-1010, 2017. Disponível em: 10.1590/0034-7167-2016-0420

OLIVEIRA, L. R. de. **Adesão ao tratamento antirretroviral do paciente vivendo com HIV/AIDS:** a influência da espiritualidade e dos parâmetros comportamentais, imunológicos e da carga viral. 2013. Dissertação (Mestrado em Medicina)-Federal de São Paulo, São Paulo, 2013.

OLIVEIRA, R.S. et al. Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. **Rev. Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre, v. 41, e20190290, 2020. Disponível em: 10.1590/1983-1447.2020.20190290

OLIVEIRA, R.S. **Suporte social na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV**. 2019. Dissertação (Mestrado em Programa de Pós-Graduação em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria. 2019.

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. Assembleia Geral das Nações Unidas. **Declaração Universal dos Direitos Humanos**. 1948. Disponível em: <https://www.unicef.org/brazil/declaracao-universal-dos-direitos-humanos>

ORGANIZAÇÃO DAS NAÇÕES UNIDAS. **Carta das Nações Unidas**. São Francisco (USA), 1945.

ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação**: relatório mundial. Organização Mundial da Saúde – Brasília, 2003.

OUTLAW, A. et al. Brief report: Predictors of optimal HIV appointment adherence in minority youth: a prospective study. **J Pediatr Psychol.**, v. 35, n. 9, p. 1011-1015, 2010. Disponível em: 10.1093/jpepsy/jsq002

PADOIN, S. M. M. **Adesão ao tratamento antirretroviral do HIV: intervenção e controle**. Relatório técnico requisito para prestação de contas chamada pública: Universal 01/2016, Santa Maria, 2020.

PAIVA, V. et al. Idade e uso de preservativo na iniciação sexual de adolescentes brasileiros. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 42, supl. 1, p. 45-53, 2008. Disponível em: 10.1590/S0034-89102008000800007

PARKER, R. Estigmas do HIV/Aids: novas identidades e tratamentos em permanentes sistemas de exclusão. **Rev Eletron Comun Inf Inov Saúde**, v. 13, n. 3, p. 618-633, 2019. Disponível em: 10.29397/reciis.v13i3.1922

PARKER, R. **Interseções entre Estigma, Preconceito e Discriminação na Saúde Pública Mundial**. In: MONTEIRO, S.; VILLELA, W. comps. Estigma e saúde [online]. Rio de Janeiro: ed. FIOCRUZ, 2013, pp. 25-46. Disponível em: 10.7476/9788575415344.0003

PATRICIO, A. C. F. de A. et al. Depressão, autoestima, expectativa futura e esperança de vida de pessoas com HIV. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v. 72, n. 5, p. 1288-1294, 2019. Disponível em: 10.1590/0034-7167-2018-0730

PEREIRA, C. M. AIDS e suas repercussões no âmbito laboral. **Revista Eletrônica de Direito da Faculdade Estácio do Pará**, v. 3, n. 3, p. 1-21, 2016.

PEREIRA, C. R.; SZWARCOWALD, C. L.; DAMACENA, G. N. A discriminação de pessoas vivendo com HIV/AIDS no trabalho: uma análise quantitativa e qualitativa. **P2P e Inovação**, v. 6, n. 1, p. 60-82, 2019. Disponível em: 10.21721/p2p.2019v6n1.p60-82

- PINHEIRO, C.A.T. et al. Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. **Braz J Med Biol Res**, Ribeirão Preto, v. 35, n. 10, p. 1173-1181, 2002. doi: 10.1590/S0100-879X2002001000010.
- PIRES, O. C.; SANTOS, C. Qualidade de vida do paciente frente ao diagnóstico de HIV/AIDS. **Revista Congrega Urcamp**, p. 684-693, 2018.
- POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos da pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem**. 7 ed. Porto Alegre. ArtMed. 2011.
- PORTINARI, D. B.; WOLFGANG, S. M. B. M. Imagens e marcas: um imaginário ligado à epidemia de HIV-Aids no Brasil. **ALCEU**, v. 17, n. 34, p. 45-60, 2017.
- PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA. Serviço Especializado Casa 13 de Maio, Santa Maria. **PREFEITURA MUNICIPAL DE SANTA MARIA**, Santa Maria, 2019. Disponível em: <https://www.santamaria.rs.gov.br/saude/527-casa-13-de-maio>
- PRIMEIRA, M. R. **Avaliação da qualidade de vida e adesão à terapia antirretroviral de pessoas que vivem com HIV**. 2018. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018.
- PRIMEIRA, M. R. et al. Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com HIV. **Saúde e Pesquisa**, v. 11, n. 2, p. 307-314, 2018. Disponível em: 10.17765/2176-9206.2018v11n2p307-314
- PRIMEIRA, M. R. et al. Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. **Acta paul. enferm.**, São Paulo, v. 33, eAPE20190141, 2020. Disponível em: 10.37689/acta-ape/2020ao0141
- RACHID, M.; SCHECHTER, M. **Manual de HIV/AIDS**. 10. ed. Rio de Janeiro: Revinter, 2017.
- REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+. **Psicothema**, v. 14, n. 2, p. 262-7, 2002.
- REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v. 41, n. 5, p. 685-694, 2007. Disponível em: 10.1590/S0034-89102006005000043
- REYNOLDS, N. R. et al. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multi-center, cross-sectional study. **AIDS Behav**, v. 8, n. 2, p. 141-150, 2004. Disponível em: 10.1023/B:AIBE.0000030245.52406.bb
- RIO GRANDE DO SUL (RS). Secretaria Estadual de Saúde. Departamento de Ações em Saúde. Coordenação Estadual de IST, Aids. **Linha de cuidado para pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) e outras infecções sexualmente transmissíveis**. Porto Alegre: Escola de Saúde Pública, RS, 2018.

RIO GRANDE DO SUL. (RS) Secretaria Estadual de Saúde. **Norma informativa 03/2017 – SES/DAS/DST/AIDS**. Porto Alegre, RS, 2017.

RODRIGUES, M.; MAKSUD, I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. **Saúde debate**, Rio de Janeiro, v. 41, n. 113, p. 526-538, 2017. Disponível em: 10.1590/0103-1104201711314

ROSSI, S. M. G. et al. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. **Rev Panam Salud Publica**, v. 32, n. 2, p. 117-123, 2012.

SAHA, S. et al. Primary Care Provider Cultural Competence and Racial Disparities in HIV Care and Outcomes. **J Gen Intern Med.**, v. 28, n. 5, p. 622-629, 2013. Disponível em: 10.1007/s11606-012-2298-8

SANTOS, D. P.; SILVA, D. I. B. Segunda opinião formativa: a notificação de casos de HIV é obrigatória? **REDE Nutes**, Pernambuco. 2016.

SANTOS, É. I. et al. Evidências científicas brasileiras sobre adesão à terapia antirretroviral por pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Rev. G&S**, v. 7, n. 1, p. 454-470, 2016. Disponível em: <https://periodicos.unb.br/index.php/rgs/article/view/3468>

SANTOS, F. D. R. P. **Mulheres convivendo com AIDS: fatores de risco, protetivos e resiliência**. 2016. Dissertação (Mestrado em Ciências da Saúde)-Universidade Federal do Tocantins, Palmas, 2016.

SANTOS, K. R. F. N. et al. Fatores que interferem na adesão e permanência da terapia antirretroviral. **Braz. J. Hea. Rev.**, Curitiba, v. 3, n. 2, p. 3037- 3043, 2020. Disponível em: 10.34119/bjhrv3n2-143

SANTOS, W. M. **A relação entre suporte social e autoeficácia em adultos submetidos à terapia antirretroviral**. 2014. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

SANTOS, W. M. **Custo-efetividade de intervenções no aumento da adesão a terapia antirretroviral e redução da carga viral em pacientes com HIV**. 2019. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2019.

SÃO PAULO (SP). **Programa estadual de AIDS comemora 30 anos**. São Paulo, SP, 2020. Disponível em: <http://www.saude.sp.gov.br/centro-de-referencia-e-treinamento-dstaids-sp/noticias/programa-estadual-de-aids-comemora-30-anos>

SEGHATOL-ESLAMI, V. C. et al. Interpersonal and intrapersonal factors as parallel independent mediators in the association between internalized HIV stigma and ART adherence. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 74, n. 1, p. e18-e22, 2017. Disponível em: 10.1097/QAI.0000000000001177

SILVA, A. F. C. da; CUETO, M. HIV/Aids, os estigmas e a história. **Hist. cienc. saude-Manguinhos**, Rio de Janeiro, v. 25, n. 2, p. 311-314, 2018. Disponível em: 10.1590/s0104-59702018000200001

- 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**, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015. Disponível em: 10.1590/0102-311X00106914
- SILVA, L. C. da et al. Impacto psicossocial do diagnóstico de HIV/aids em idosos atendidos em um serviço público de saúde. **Rev. bras. geriatr. gerontol.**, Rio de Janeiro, v. 18, n. 4, p. 821-833, 2015. Disponível em: 10.1590/1809-9823.2015.14156
- SILVA, R. A. R. da et al. Falta de adesão em pessoas vivendo com HIV: acurácia das características definidoras do diagnóstico de enfermagem. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 25, e2940, 2017. Disponível em: 10.1590/1518-8345.1582.2940
- SIMONI, J. M.; FRICK, P. A.; HUANG, B. A longitudinal evaluation of a social support model of medication adherence among HIV-positive men and women on antiretroviral therapy. **Health Psychol.**, v. 25, n. 1, p. 74-81, 2016. Disponível em: 10.1037/0278-6133.25.1.74
- SMITH, S. R. et al. A medication self-management program to improve adherence to HIV therapy regimens. **Patient Educ Couns**, v. 50, n. 2, p. 187-199, 2003. Disponível em: 10.1016/s0738-3991(02)00127-1
- SOUSA, A. I. A.; PINTO JÚNIOR, V. L. Carga viral comunitária do HIV no Brasil, 2007 – 2011: potencial impacto da terapia antirretroviral (HAART) na redução de novas infecções. **Rev. bras. epidemiol.**, São Paulo, v. 19, n. 3, p. 582-593, 2016. Disponível em: 10.1590/1980-5497201600030009
- TURAN, B. et al. Social Support and Moment-to-Moment Changes in Treatment Self-Efficacy in Men Living With HIV: Psychosocial Moderators and Clinical Outcomes. **Health Psychol**, v. 35, n. 10, p. 1126-1134, 2016. Disponível em: 10.1037/hea0000356
- UNAIDS. **90-90-90**: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS., Genebra. 2015. Disponível em: http://unaid.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf
- UNAIDS. **Confronting discrimination Overcoming HIV-related stigma and discrimination in healthcare settings and beyond**. Joint United Nations Programme on HIV/AIDS., Genebra, 2017.
- UNAIDS. **How AIDS changed everything**: MDG 6: 15 years, 15 lessons of hope to the AIDS response., Genebra: WHO. 2016. Disponível em: <http://www.searo.who.int/entity/hiv/data/si-hivaid.pdf>
- UNAIDS. **Legislação brasileira e o HIV**. Brasília. 2017. Disponível em: https://unaid.org.br/wp-content/uploads/2017/02/2017_02_20_Legislacao_Br_HIV.pdf
- UNAIDS. **Meta de supressão viral entre pessoas vivendo com HIV ainda impõe desafios**. 2019. Disponível em: <https://unaid.org.br/2019/03/meta-de-supressao-viral-entre-pessoas-vivendo-com-hiv-ainda-impoe-desafios/>

UNAIDS. **Relatório informativo** – dia mundial contra a AIDS 2019 estatísticas globais sobre HIV. Genebra. 2019. Disponível em: https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2019/11/2019_UNAIDS_WAD2019_FactSheet.pdf

VANDERDRIFT, L. E. et al. Partner Support, Willingness to Sacrifice, and HIV Medication Self-Efficacy. **AIDS Behav**, v. 21, n. 8, p. 2519-2525, 2017.

VELASQUEZ, J. R. et al. Predicción temporal de CD4+ en 80 pacientes con manejo antirretroviral a partir de valores de leucocitos. **Infect.**, Bogotá, v. 24, n. 2, p. 103-107, 2020. Disponível em: 10.22354/in.v24i2.841

VELOSO, A. C. R.; FINK, H. T. K.; LIMA, L. M. P. Resistência genotípica do vírus da imunodeficiência humana tipo 1 aos antirretrovirais: revisão. **Com. Ciências Saúde**, v. 21, n. 1, p. 49-59, 2010.

WALDROP-VALVERDE, D.; DONG, C.; OWNBY, R. L. Medication-taking self-efficacy and medication adherence among HIV-infected cocaine users. **J Assoc Nurses AIDS Care**, v. 24, n. 3, p. 198-206, 2013. Disponível em: 10.1016/j.jana.2012.05.005

WOLF, M. S. et al. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. **Patient Education and Counseling**, v. 65, n. 2, p. 253-260, 2007. Disponível em: 10.1016/j.pec.2006.08.006

ZANCANARO, V. et al. O papel dos medicamentos no controle da carga viral e de células CD4 em pacientes com HIV de uma cidade do meio-oeste de Santa Catarina. **Revista Univap**, v. 23, n. 43, p. 34-43, 2017. Disponível em: 10.18066/revistaunivap.v23i43.1807

ZHANG, L. et al. Side effects, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral treatment: a mediation analysis in a Chinese sample. **AIDS Care**, v. 28, n. 7, p. 919-926, 2016. Disponível em: 10.1080/09540121.2015.1124984

ZUGE, S. S. **Fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS**. 2013. Dissertação (Mestrado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

ZUGE, S. S. **Intervenções para a promoção da adesão a terapia antirretroviral para o HIV: revisão sistemática**. 2018. Tese (Doutorado em Enfermagem)-Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2018.

APÊNDICE A – ESTRATÉGIA DE BUSCA DE ARTIGOS NA PUBMED

(((((("self care"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "self care"[All Fields]) OR ("self care"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "self care"[All Fields]) OR ("self-management"[MeSH Terms] OR "self-management"[All Fields] OR ("self"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "self management"[All Fields]) OR ("self-management"[MeSH Terms] OR "self-management"[All Fields] OR ("self"[All Fields] AND "management"[All Fields]) OR "self management"[All Fields]) OR ("self efficacy"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "efficacy"[All Fields]) OR "self efficacy"[All Fields]) OR ("self efficacy"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "efficacy"[All Fields]) OR "self efficacy"[All Fields])) AND .tw.[All Fields]) OR ("health plan implementation"[MeSH Terms] OR ("health"[All Fields] AND "plan"[All Fields] AND "implementation"[All Fields]) OR "health plan implementation"[All Fields])) OR (("self administration"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "administration"[All Fields]) OR "self administration"[All Fields]) OR ("self-assessment"[MeSH Terms] OR "self-assessment"[All Fields] OR ("self"[All Fields] AND "assessment"[All Fields]) OR "self assessment"[All Fields]) OR ("self concept"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "concept"[All Fields]) OR "self concept"[All Fields])) OR (("self efficacy"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "efficacy"[All Fields]) OR "self efficacy"[All Fields]) OR ("self care"[MeSH Terms] OR ("self"[All Fields] AND "care"[All Fields]) OR "self care"[All Fields])) AND ("Medication Adherence"[Mesh] OR "Guideline Adherence"[Mesh] OR "Patient Compliance"[Mesh] OR "adherence"[tw] OR "compliance"[tw])) AND ("hiv infections"[MeSH Terms] OR "hiv"[MeSH Terms] OR hiv[tw] OR human immunodeficiency virus[tw] OR human immunodeficiency virus[tw] OR human immuno-deficiency virus[tw] OR human immunodeficiency virus[tw] OR ((human immune[All Fields] OR human immunoglobulin[All Fields] OR human immunoglobuline[All Fields] OR human immunoglobulinen[All Fields] OR human immunisation[All Fields] OR human immunity[All Fields] OR human immunization[All Fields] OR human immuno[All Fields] OR human immunoassay[All Fields] OR human immunoassays[All Fields] OR human immunobiology[All Fields] OR human immunocompetence[All Fields] OR human immunocontraception[All Fields] OR human immunocytes[All Fields] OR human immunodeficiencies[All Fields] OR human immunodeficiency[All Fields] OR human immunodeficient[All Fields] OR human immunoglobulin[All Fields] OR human immunogen[All Fields] OR human immunogenetics[All Fields] OR human immunogenicity[All Fields] OR human immunoglobulin[All Fields] OR human immunoglobulins[All Fields] OR human immunoglobulin[All Fields] OR human immunoglobuline[All Fields] OR human immunoglobulinen[All Fields] OR human immunoglobulines[All Fields] OR human immunoglobulins[All Fields] OR human immunoglobulins[All Fields] OR human immunohistochemical[All Fields] OR human immunohistochemistry[All Fields] OR human immunoinfertility[All Fields] OR human immunologic[All Fields] OR human immunological[All Fields] OR human immunology[All Fields] OR human immunome[All Fields] OR human immunomodulators[All Fields] OR human immunopathologies[All Fields] OR human immunopathology[All Fields] OR human immunophenotyping[All Fields] OR human immunoprophylaxis[All Fields] OR human immunoproteasome[All Fields] OR human immunoregulation[All Fields] OR human immunornase[All Fields] OR human immunosenescence[All Fields] OR human immunosuppression[All Fields] OR human immunosystem[All Fields] OR human immunotherapeutics[All Fields] OR human immunotherapy[All Fields] OR human immunotoxicity[All Fields] OR human immunotoxicological[All Fields] OR human immunotoxicology[All Fields] OR human immunotoxin[All Fields] OR human immunovirology[All Fields] OR human immunotoxic[All Fields]) AND deficiency virus[tw] OR acquired immunodeficiency syndrome[tw] OR acquired immunodeficiency syndrome[tw] OR acquired immunodeficiency syndrome[tw] OR acquired immunodeficiency syndrome[tw] OR (acquired immune[All Fields] OR acquired immunities[All Fields] OR acquired immunity[All Fields] OR acquired immunodeficiencies[All Fields] OR acquired immunodeficiencies[All Fields] OR acquired immunodeficiency[All Fields] OR acquired immunodeficient[All Fields] OR acquired immunodepression[All Fields] OR acquired immunogenicity[All Fields] OR acquired immunoglobulin[All Fields] OR acquired immunoglobulins[All Fields] OR acquired immunoreactivity[All Fields] OR acquired immunosuppression[All Fields] OR acquired immunotoxicity[All Fields]) OR ("acquired immunodeficiency syndrome"[MeSH Terms] OR ("acquired"[All Fields] AND "immunodeficiency"[All Fields] AND "syndrome"[All Fields]) OR "acquired immunodeficiency syndrome"[All Fields] OR "aids"[All Fields])) AND (("2002/01/01"[PDAT] : "3000/12/31"[PDAT]) AND (English[lang] OR Portuguese[lang] OR Spanish[lang]))

ANEXO A – REGISTRO ENSAIO CLÍNICO RANDOMIZADO

22/10/2020

Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

RBR-9nt9hv

O uso de Mensagens de Texto na adesão ao Tratamento Antirretroviral

Data de registro: 14 de Ago. de 2017 às 10:54

Last Update: 13 de Julho de 2018 às 11:40

Tipo do estudo:

Intervenções

Título científico:

<p>O uso de Mensagens de Texto na adesão ao Tratamento Antirretroviral</p> <p>eT-BR</p>	<p>The use of Text Messages in adherence to Antiretroviral Treatment</p> <p>EU</p>
---	--

Identificação do ensaio

Número do UTN: U1111-1200-7185

Título público:

<p>Mensagens de Texto de Apoio para melhorar a Adesão ao Tratamento Antirretroviral para o HIV</p> <p>eT-BR</p>	<p>Text Messages to improve HIV Antiretroviral Therapy Compliance</p> <p>EU</p>
---	---

Acrônimo científico:

Acrônimo público:

Identificadores secundários:

www.ensaioclinicos.gov.br/rg/RBR-9nt9hv/

1/9

22/10/2020

Registro Brasileiro de Ensaios Clínicos

CAAE: 54293916.6.0000.5346
Órgão emissor: Plataforma Brasil
Parecer do CEP: 1.538.216
Órgão emissor: Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria

Patrocinadores

Patrocinador primário: Universidade Federal de Santa Maria

Patrocinadores secundários:
Instituição: Hospital Universitário de Santa Maria

Fontes de apoio financeiro ou material:
Instituição: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico - CNPq
Instituição: Fundação de Amparo a Pesquisa do Rio Grande do Sul - FAPERGS

Condições de saúde

Condições de saúde ou problemas:

<p>HIV</p> <p>eT-BR</p>	<p>HIV</p> <p>EU</p>
-------------------------	----------------------

Descritores gerais para as condições de saúde:

<p>A00-B99: I - Algumas doenças infecciosas e parasitárias</p> <p>eT-BR</p>	<p>A00-B99: I - Certain infectious and parasitic diseases</p> <p>EU</p>
---	---

Descritores específicos para as condições de saúde:

www.ensaioclinicos.gov.br/rg/RBR-9nt9hv/

2/9

B04.820.650.589.650.350: HIV

eT-BR

B04.820.650.589.650.350: VIH

ES

B04.820.650.589.650.350: HIV

EU

Intervenções

Categorias das intervenções

Device

Behavioural

Other

Intervenções:

eT-BR

Grupo controle: 57 pacientes infectados pelo HIV e em tratamento antirretroviral a pelo menos 3 meses receberão mensagens de texto no celular informando lembretes de consultas e checagem mensal do recebimento das mensagens.

Grupo intervenção A: 57 pacientes infectados pelo HIV e em tratamento antirretroviral a pelo menos 3 meses receberão mensagens de texto no celular informando lembretes de consultas, checagem mensal do recebimento das mensagens e uma mensagem de texto semanal de apoio social.

EU

Control group: 57 HIV-infected patients on antiretroviral therapy for at least 3 months, will receive text messages on the cell phone informing them of appointment reminders and monthly check-in of receiving messages.

Intervention group A: 57 HIV-infected patients on antiretroviral therapy for at least 3 months, will receive text messages on their cell phone, informing them of appointment reminders, monthly check-in of receiving messages, and a weekly social support text message.

Grupo intervenção B: 57 pacientes infectados pelo HIV e em tratamento antirretroviral a pelo menos 3 meses receberão mensagens de texto no celular informando lembretes de consultas, checagem mensal do recebimento das mensagens e uma mensagem de texto quinzenal de apoio social.

Intervention group B: 57 HIV-infected patients on antiretroviral therapy for at least 3 months, will receive text messages on the cell phone informing them of appointment reminders, monthly check-in of the messages and a biweekly text message of social support.

Descritores para as intervenções:

L01.143.506.423.906.377.666: Mensagem de Texto

eT-BR

L01.143.506.423.906.377.666: Mensaje de Texto

ES

Recrutamento

Situação de recrutamento: Recruiting

País de recrutamento

Brazil

Data prevista do primeiro recrutamento: 2016-07-11

Data prevista do último recrutamento: 2017-12-14

Tamanho da amostra alvo:	Gênero para inclusão:	Idade mínima para inclusão:	Idade máxima para inclusão:
171	-	15 Y	0 -

Critérios de inclusão:

eT-BR

Os critérios de inclusão para participação no estudo serão: pessoas infectadas pelo HIV e em tratamento antirretroviral; estar em tratamento medicamentoso ao menos a 3 meses; adultos (idade maior ou igual a 15 anos), conforme critérios da UNAIDS.

EU

The inclusion criteria for participation in the study will be: people infected with HIV and on antiretroviral treatment; Be on medication for at least 3 months; (15 years or older), according to UNAIDS criteria.

Critérios de exclusão:

eT-BR

Os critérios de exclusão serão: apresentar alguma limitação cognitiva e mental (que dificulte a compreensão e/ou expressão verbal); estar em regime penitenciário, uma vez que não tem acesso a telefones celulares; não saber ler, caso a pessoa não utilize ferramentas que permitam a leitura da mensagem, visto que a intervenção será realizada por meio de mensagem de texto; mulheres em período gestacional, visto que há evidência que durante este período há incremento da adesão.

EU

The exclusion criteria will be: to present some cognitive and mental limitation (which impairs comprehension and / or verbal expression); To be in prison, a Access to mobile phones; Not knowing how to read if the person does not use tools that allow the reading of the message, since the intervention will be carried out by means of a text message; Women in the gestational period, since there is evidence that during this period there is an increase in adherence.

Tipo do estudo

Desenho do estudo:

eT-BR

Ensaio clínico de tratamento e intervenção, randomizado-controlado, paralelo, triplo cego com três braços.

EU

Treatment Clinical trial, randomized, controlled, parallel, triple blind with three arms.

Programa de acesso expandido	Enfoque do estudo	Desenho da intervenção	Número de braços	Tipo de mascaramento	Tipo de alocação	Fase do estudo
Nenhum	Treatment	Paralelo	3	Triple-blind	Randomized-controlled	N/A

Desfechos

Desfechos primários:

eT-BR

Desfecho esperado 1: Aumento do escore de adesão ao tratamento antirretroviral, no período de 180 dias, verificado por meio do teste t de amostras pareadas a partir da constatação de uma variação de pelo menos 5% nas medições pré- e pós-intervenção. O desfecho será avaliado por meio do grau de adesão ao tratamento antirretroviral pelo "Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS".

EU

Expected outcome 1: An increase in the antiretroviral treatment adherence score in the 180-day period, verified by means of the t-test of paired samples from the observation of a variation of at least 5% in pre- and post-intervention measurements. The outcome will be assessed by the degree of adherence to antiretroviral treatment by the "Questionnaire for assessing adherence to antiretroviral treatment in people with HIV / AIDS."

Desfechos secundários:

<p style="text-align: right;">eT-BR</p> <p>Desfecho esperado 2: Aumento do escore de expectativa de auto-eficácia, no período de 180 dias, verificado por meio do teste t de amostras pareadas a partir da constatação de uma variação de pelo menos 5% nas medições pré- e pós-intervenção.</p> <p>O desfecho será avaliado pela Escala de Auto-Eficácia para Adesão ao Tratamento Antirretroviral para seguir a prescrição antirretroviral.</p>	<p style="text-align: right;">EU</p> <p>Expected outcome 2: An increase in the expectation of self-efficacy score in the 180-day period, verified by means of the t-test of paired samples from the observation of a variation of at least 5% in pre- and post-intervention measurements.</p> <p>The outcome will be evaluated by the Self Efficacy Scale for Adherence to Antiretroviral Treatment to follow antiretroviral prescription.</p>
<p style="text-align: right;">eT-BR</p> <p>Desfecho esperado 3: Aumento do escore de suporte social, no período de 180 dias, verificado por meio do teste t de amostras pareadas a partir da constatação de uma variação de pelo menos 5% nas medições pré- e pós-intervenção.</p> <p>O desfecho será avaliado pela Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/AIDS.</p>	<p style="text-align: right;">EU</p> <p>Expected outcome 3: An increase in the social support score in the 180-day period, verified by means of the t-test of paired samples from the observation of a variation of at least 5% in pre- and post-intervention measurements.</p> <p>The outcome will be assessed by the Social Support Scale for people living with HIV / AIDS.</p>
<p style="text-align: right;">eT-BR</p> <p>Desfecho esperado 4: Aumento do escore de qualidade de vida, no período de 180</p>	<p style="text-align: right;">EU</p> <p>Expected outcome 4: An increase in the quality of life score in the 180-day period,</p>

<p>dias, verificado por meio do teste t de amostras pareadas a partir da constatação de uma variação de pelo menos 5% nas medições pré- e pós-intervenção.</p> <p>O desfecho será desenvolvido pelo Instrumento de Qualidade de Vida direcionado para portadores de HIV/AIDS</p>	<p>verified by means of the t-test of paired samples from the observation of a variation of at least 5% in pre- and post-intervention measurements.</p> <p>The outcome will be developed by the Instrument of Quality of Life directed to people with HIV / AIDS</p>
--	--

Contatos

<p>Contatos para questões públicas</p>		
<p>Nome completo: Stela Maris de Mello Padoin</p> <p>Endereço: Av. Roraima n° 1000 Cidade Universitária Bairro Camobi</p> <p>Cidade: Santa Maria / Brazil</p> <p>CEP: 97105-900</p> <p>Fone: +55-55-999713143</p> <p>E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com</p> <p>Filiação: Universidade Federal de Santa Maria</p>		
<p>Contatos para questões científicas</p>		
<p>Nome completo: Marcelo Ribeiro Primeira</p> <p>Endereço: Av. Roraima n° 1000 Cidade Universitária, Centro de Ciências da Saúde, Sala 1336 - Bairro Camobi</p> <p>Cidade: Santa Maria / Brazil</p>	<p>Nome completo: Rafael da Silva Oliveira</p> <p>Endereço: Av. Roraima n° 1000 Cidade Universitária, Centro de Ciências da Saúde, Sala 1336 - Bairro Camobi</p> <p>Cidade: Santa Maria / Brazil</p>	<p>Nome completo: Stela Maris de Mello Padoin</p> <p>Endereço: Av. Roraima n° 1000 Cidade Universitária Bairro Camobi</p> <p>Cidade: Santa Maria / Brazil</p> <p>CEP: 97105-900</p>

CEP: 97105-900	CEP: 97105-900	Fone: +55-55-999713143
Fone: +55-55-999064285	Fone: +55-55-996651441	E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com
E-mail: mrp_sm@hotmail.com	E-mail: rafa_s.oliveira@hotmail.com	Filiação: Universidade Federal de Santa Maria
Filiação: Universidade Federal de Santa Maria	Filiação: Universidade Federal de Santa Maria	

Nome completo: Wendel Mombaque dos Santos

Endereço: Av. Roraima nº 1000 Cidade
Universitária, Centro de Ciências da Saúde, Sala
1336 - Bairro Camobi

Cidade: Santa Maria / Brazil

CEP: 97105-900

Fone: +55-55-996178233

E-mail: wendelmombaque@hotmail.com

Filiação: Universidade Federal de Santa Maria

Contatos para informação sobre os centros de pesquisa

Nome completo: Stela Maris de Mello Padoin

Endereço: Av. Roraima nº 1000 Cidade Universitária
Bairro Camobi

Cidade: Santa Maria / Brazil

CEP: 97105-900

Fone: +55-55-999713143

E-mail: stelamaris_padoin@hotmail.com

Filiação: Universidade Federal de Santa Maria

ANEXO B – ATA DE DEFESA

Ministério da Educação
 Universidade Federal de Santa Maria
 Coordenação do Programa/Curso de PG-M em Enfermagem

ATA DE DEFESA - PROCESSO Nº 23081.043140/2020-77

Aos doze dias do mês de Novembro do ano de dois mil e vinte, às treze horas e trinta minutos, no Google Meet, realizou-se a prova de Defesa de Dissertação, intitulada **EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA PARA SEGUIR PRESCRIÇÃO DE ANTIRRETROVIRAL EM ADULTOS VIVENDO COM HIV**, de autoria do Candidato **ANGELO RAMOS JUNIOR (201960908)**, aluno do Programa de PG-M em Enfermagem, em nível de Mestrado. A Comissão Examinadora esteve constituída pelos professores: **STELA MARIS DE MELLO PADOIN** Presidente, **CRISTIANE CARDOSO DE PAULA** e **JACKELINE DA COSTA MACIEL**. Concluídos os trabalhos de apresentação e arguição, o(a) candidato(a) foi **APROVADO** pela Comissão Examinadora. Foi concedido um prazo de (45) dias, para o(a) candidato(a) efetuar as correções sugeridas pela Comissão Examinadora e apresentar o trabalho em sua redação definitiva, sob pena de não expedição do Diploma. E, para constar, foi lavrada a presente ata, que vai assinada pelos membros da Comissão.

STELA MARIS DE MELLO PADOIN

CRISTIANE CARDOSO DE PAULA

JACKELINE DA COSTA MACIEL

() Por sugestão da Comissão Examinadora, o novo título passa a ser:

.....

(x) Declaração:

Declaro que a apresentação do mestrando e a manifestação avaliativa dos membros efetivos da banca foram desenvolvidas por meio do Google Meet, atendendo a Portaria 97935 da UFSM que indicou a suspensão das atividades presenciais no âmbito dessa instituição e a Normativa 001 da PRPGP/UFSM que permite a continuidade das bancas por meio virtual. Os membros da banca conectaram a partir dos seus domicílios, em conformidade com a recomendação de trabalho remoto.

À PRPGP

Certifico que o candidato cumpriu com as exigências da Comissão Examinadora e do Regimento Interno dos Programas de Pós-Graduação da UFSM.

Em ___/___/___

Coordenador:



Ao DERCA

Para emissão do Certificado/Diploma.

Em ___/___/___

Pró-Reitor:

ANEXO C – HOMOLOGAÇÃO DE ATA DE BANCA DE DEFESA DE DISSERTAÇÃO: ASSINATURAS ELETRÔNICAS

NUP: 23081.053465/2020-68		Prioridade: Normal
Homologação de ata de banca de defesa de pós-graduação 134.332 - Bancas examinadoras: indicação e atuação		
COMPONENTE		
Ordem	Descrição	Nome do arquivo
1	Ata de defesa de dissertação/tese (134.332)	Ata de Defesa.pdf
Assinaturas		
13/11/2020 18:21:11		
2448579 - CRISTIANE CARDOSO DE PAULA (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR) 04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE		
16/11/2020 16:24:39		
2093128 - STELA MARIS DE MELLO PADOIN (PROFESSOR DO MAGISTÉRIO SUPERIOR) 04.33.00.00.0.0 - DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM - DENFE		
16/11/2020 18:31:00		
05343142443 - Jackeline da Costa Maciel (Pessoa Física) Usuário Externo (053.***.***-**)		
		
Código Verificador: 420655		
Código CRC: 9956a8c9		
Consulte em: https://portal.ufsm.br/documentos/publico/autenticacao/assinaturas.html		