

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

**SUORTE SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Maressa Claudia De Marchi

**Santa Maria/RS, Brasil
2014**

SUORTE SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

Maressa Claudia De Marchi

Dissertação de mestrado 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)

Orientadora: Enf^a Prof^a Dr^a Stela Maris de Mello Padoin

**Coorientadora: Enf^a Prof^a Dr^a. Tânia Solange Bosi de Souza
Magnago**

Santa Maria/RS, Brasil

2014

**Universidade Federal de Santa Maria
Centro de Ciências da Saúde
Departamento de Enfermagem
Curso de Pós-Graduação em Enfermagem**

A Comissão Examinadora, abaixo assinada, aprova a Dissertação de
Mestrado

**SUORTE SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS QUE VIVEM COM
HIV/AIDS**

elaborado por
Maressa Claudia De Marchi

como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

COMISSÃO EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Stela Maris de Mello Padoin (UFSM)
(Presidente/Orientadora)

Prof^ª. Dr^ª. Tânia Solange Bosi de Souza Magnago (UFSM)
(Co-orientador)

Prof^ª. Dr^ª. Eliane Maria Fleury Seidl
(Titular)

Santa Maria, 09 de setembro de 2014

DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho à pessoa mais importante da minha vida, meu noivo Marcos Azambuja, por todo o apoio emocional, incentivo e carinho, que me possibilitaram enfrentar todos os momentos de dificuldade e acreditar nos meus sonhos. É minha fonte de inspiração, exemplo de força e determinação.

AGRADECIMENTOS

Foram anos de muitos desafios e aprendizado. Agradeço primeiramente a Deus pela concretização desta etapa.

Aos meus avós e mãe, por terem se esforçado e batalhado muito para me oportunizar a continuidade dos meus estudos, pela compreensão da minha ausência nestes dois anos de mestrado e especialização.

À minha orientadora Stela, por estes seis anos de convivência e apoio para a execução deste trabalho. Muito obrigada por todas as oportunidades oferecidas desde a graduação, por acreditar em mim e me possibilitar a realização deste trabalho.

A minha coorientadora Tânia, por quem tenho profunda admiração como pessoa e profissional, pela paciência, momentos de aprendizagem compartilhados e apoio incondicional no enfrentamento das dificuldades pessoais e metodológicas.

Ao meu colega de grupo de pesquisa e “irmão”, Samuel, pelo apoio emocional e operacional incondicionais para a realização deste trabalho, sempre me motivando e me fazendo acreditar no meu potencial nos momentos difíceis, sem os quais o término deste trabalho seria impensável.

Às minhas queridas colegas de mestrado e amigas Laís e Laura, vocês são muito especiais para mim, obrigada pelas palavras de incentivo.

A toda a equipe do segundo andar do Hospital Universitário de Santa Maria, no qual realizei docência orientada. Agradeço em especial às enfermeiras Silvia e Claudete pela receptividade e todo o auxílio durante as aulas práticas de docência orientada, possibilitando que eu superasse a mim mesma.

À minha psiquiatra Marta, por todo o suporte emocional nas inúmeras sessões de terapia, que me possibilitaram o autoconhecimento e enfrentamento das dificuldades.

À família PEFAS, Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade, em especial aos meus queridos colegas e amigos de sala 1336: Érika, Marcelo, Victor, Lidiane, Wendel e Izabel.

Aos profissionais do Ambulatório de Doenças Infecciosas – Adulto e Unidade Dispensadora de Medicamentos do Hospital Universitário de Santa Maria, em especial a enfermeira Vânia e farmacêutica Claudia, por contribuírem para a realização desta pesquisa.

Aos pacientes do grupo de apoio e ADI, que possibilitaram a realização da pesquisa, pelo carinho e me proporcionarem mais do que aprendizado profissional, lições para a vida.

À prof.^a Dr.^a Cristiane Cardoso de Paula, prof. Dr. Luiz Felipe Lopes, prof.^a Dr.^a Eliane Maria Fleury Seidl, por consentirem fazer parte da construção, qualificação e aprimoramento deste trabalho. Sinto-me honrada com a presença de vocês!

Ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria pela oportunidade de aprendizado.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem pelos momentos de discussão e aprendizado.

À coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela concessão de bolsa de mestrado, oportunizando-me a realização do curso de mestrado em tempo integral, possibilitando um aprendizado singular.

A todos aqueles que possibilitaram a realização deste trabalho, meu profundo agradecimento.

A todos, muito obrigada!

“A mente que se abre a uma nova ideia jamais voltará ao seu tamanho original.”

Albert Einstein

“O que sabemos é uma gota; o que ignoramos é um oceano.”

Isaac Newton

RESUMO

Dissertação de Mestrado
Programa de Pós-Graduação em Enfermagem
Universidade Federal de Santa Maria

SUORTE SOCIAL E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

AUTOR: MARESSA CLAUDIA DE MARCHI
ORIENTADORA: STELA MARIS DE MELLO PADOIN
COORIENTADORA: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO
Local e data da defesa: Santa Maria, 09 de setembro de 2014

O objetivo foi avaliar as relações entre suporte social e adesão ao TARV de adultos que vivem com HIV/aids, atendidos no Hospital Universitário de Santa Maria. Estudo transversal, com abordagem quantitativa, envolvendo 179 adultos em tratamento antirretroviral para o HIV/aids. A coleta de dados foi de março a julho de 2012, após aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM sob nº CAAE 0322.0.243.000-11. Os instrumentos utilizados neste subprojeto foram a “Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/aids” e o “Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/aids” (CEAT-VIH). Após a verificação de erros e inconsistências, a análise estatística foi realizada no programa PASW Statistic® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0 for Windows. Dos adultos em tratamento antirretroviral, 83,2% foram definidos como não aderentes (escore bruto ≥ 83 ; percentil ≥ 85). O suporte social apresentou média geral de pontuação de 87,71($\pm 19,2$). Por meio da análise bivariada, evidenciou-se que conviver com alguém, na situação conjugal, tem associação significativa com suporte social emocional e instrumental. A fonte de suporte emocional e instrumental mais frequente foi o(a) parceiro(a), seguido(a) de familiares que residiam com a pessoa. Identificou-se que os pacientes com adesão estrita ao tratamento apresentaram significativamente médias mais altas de suporte emocional. A adesão ao tratamento antirretroviral possuiu correlação baixa e positiva com o suporte emocional ($r=0,248$; $p=0,001$) e positiva com o suporte social total ($r=0,185$; $p=0,013$). Conclui-se que o suporte emocional interfere na adesão e que a sua avaliação poderá contribuir na detecção daqueles indivíduos que terão maiores dificuldades de aderir ao tratamento antirretroviral, possibilitando a elaboração de estratégias de cuidado a esta população.

Palavras-chave: Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Suporte Social. Adesão ao tratamento. Enfermagem.

ABSTRACT

Master's Dissertation
Graduate Program in Nursing
Federal University of Santa Maria

SOCIAL SUPPORT AND ADHRENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT IN ADULTS LIVING WITH HIV/AIDS

AUTHOR: MARESSA CLAUDIA DE MARCHI

ADVISER: STELA MARIS DE MELLO PADOIN

CO-ADVISER: TÂNIA SOLANGE BOSI DE SOUZA MAGNAGO

Date end Place of Defense: Santa Maria, Sep 09, 2014.

The goal was to evaluate the relations between social support and adherence to HAART in adults living with HIV/Aids, receiving care in Santa Maria University Hospital. A transversal study, with a quantitative approach, among 179 adults during antiretroviral treatment for HIV/Aids. The data collection was made from march to july in 2012, after the approval from the Ethics in Research Committee from UFSM under the CAAE number 0322.0.243.000-11. The instruments used in this subproject where "HIV/Aids social support evaluation Scale" and "Evaluation questionnaire about adherence to antiretroviral treatment in people with HIV/Aids" (CEAT-VIH). After verifying errors and inconsistencies, the statistical analysis was made with PASW Statistic® (Predictive Analytics Software, from SPSS Inc., Chicago – USA) version 18.0 for Windows. From the adults in antiretroviral treatment, 83,2% where defined as non-adherent (raw score ≥ 83 ; percentile ≥ 85). The social support showed a mean general score of 87,71 ($\pm 19,2$). Through this bi-variate analysis, it was shown that living with someone in a conjugal relationship is significantly associated with emotional and instrumental social support. The source of emotional and instrumental support was more frequently the partner, followed next by family living with the individual. It was identified that patients with strict adhesion to treatment showed significantly higher emotional support mean scores. Adhesion to treatment with antiretroviral therapy has a low positive correlation with emotional support ($r=0,248$; $p=0,001$) and a positive one with total social support ($r=0,185$; $p=0,013$). It was concluded that emotional support interferes in adhesion and it's evaluation may contribute in detection of those individuals who will have major difficulties to antiretroviral therapy adherence, leading to the elaboration of strategies of care to this population.

Key-Words: Acquired Immunodeficiency Syndrome. HIV. Social Support. Adhesion to treatment. Nursing.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Distribuição da média aritmética da dimensão emocional do suporte social. Janeiro a Julho – 2012. Santa Maria/RS, Brasil, 2014.....	46
Figura 2 - Distribuição da média aritmética da dimensão instrumental do suporte social. Janeiro a Julho – 2012. Santa Maria/RS, Brasil, 2014.....	47
Figura 3 - Distribuição da média aritmética do suporte social total. Janeiro a Julho – 2012. Santa Maria/RS, Brasil, 2014.....	47

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Valores para a interpretação do coeficiente de correlação.....	36
Tabela 2 - Características sociodemográficas e econômicas de adultos em TARV para o HIV/AIDS.....	37
Tabela 3 - Características clínicas e comportamentais de adultos em TARV para o HIV/AIDS.....	38
Tabela 4 - Análise descritiva dos itens da Escala de Suporte Social em HIV/aids – Suporte emocional.....	40
Tabela 5 - Análise descritiva dos itens da Escala de Suporte Social em HIV/aids – Suporte Instrumental.....	41
Tabela 6 - Satisfação do suporte emocional. Santa Maria/RS, 2012.....	42
Tabela 7 - Satisfação do suporte instrumental. Santa Maria/RS, 2012.....	43
Tabela 8 - Análise de frequência das fontes de suporte social emocional e instrumental mencionadas pelos participantes.....	45
Tabela 9 - Estatística descritiva das dimensões do suporte social e suporte social total (Média aritmética da pontuação).....	46
Tabela 10 - Distribuição dos pacientes em TARV, segundo apoio social percebido.....	48
Tabela 11 - Descrição das dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e o suporte social total, segundo as características sociodemográficas.....	50
Tabela 12 - Descrição das dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e o suporte social total, segundo variáveis clínicas e comportamentais.....	51
Tabela 13 - Correlação de Spearman entre adesão ao TARV e as dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e suporte social total.....	54

LISTA DE ABREVIATURAS

ADI	Ambulatório de Doenças Infecciosas
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ART	Antirretrovirais
BVS	Biblioteca Virtual de Saúde
CAAE	Certificado de Apresentação para Apreciação Ética
CAPES	Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior
EUA	Estados Unidos da América
HAART	Highly Active Antiretroviral Therapy
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUSM	Hospital Universitário de Santa Maria
MESH	Medical Subject Headings
ONG	Organização Não-Governamental
PASW	Predictive Analytics Software
PEFAS	Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade
PubMed	US Library of Medicine
PVHA	Pessoas Vivendo com HIV/aids
RS	Rio Grande do Sul
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SIE	Sistema de Informações para o Ensino
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Tratamento Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UDM	Unidade Dispensadora de Medicamentos
UNAIDS	Programa das Nações Unidas sobre Aids

LISTA DE ANEXOS

Anexo A - Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	78
Anexo B - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE.....	79
Anexo C - Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados..	80
Anexo D - Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados.....	81

SUMÁRIO

INTRODUÇÃO	14
- Objetivo geral.....	17
- Objetivos específicos.....	17
1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	18
1.1 Suporte Social de adultos com HIV/aids.....	18
1.2 Terapia antirretroviral e adesão	26
2 MÉTODO	29
2.1 Apresentação do projeto matricial	29
2.2 Apresentação das etapas metodológicas da dissertação	32
2.2.1 Coleta em banco de dados	32
2.2.2 Organização e análise dos dados.....	32
2.2.3 Análise estatística.....	35
3 RESULTADOS	37
3.1 Caracterização sociodemográfica e perfil clínico	37
3.2 Caracterização da Escala de suporte social em HIV/AIDS.....	39
3.3 Caracterização do CEAT-VIH	48
3.5 Relação entre adesão ao TARV e suporte social.....	54
4.1 Descrição do suporte social dos pacientes adultos em TARV.....	55
4.2 Correlação entre adesão ao TARV e percepção de suporte social	60
5 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	66
REFERÊNCIAS.....	68
ANEXOS	77

INTRODUÇÃO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids)¹, doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), configura-se como um problema de saúde pública no mundo (GOMES; SILVA; OLIVERA, 2011). Tal fato se justifica por esta ser uma doença crônica, sem cura, pela vulnerabilidade para se proteger da infecção pelo HIV e do adoecimento pela aids, somados ao desafio da adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV), fator determinante para a redução da morbimortalidade (PADOIN, et al., 2011).

O Programa das Nações Unidas sobre aids (UNAIDS) estima que, em 2013, havia 35.3 milhões de pessoas vivendo com HIV no mundo (UNAIDS, 2013). Já, no Brasil, no ano de 2012, foram notificados 39.185 casos da doença. Tais notificações vêm mantendo-se estáveis nos últimos 5 anos, com taxa de detecção nacional de 20,2 casos para cada 100.000 habitantes. Entretanto, na Região Sul estas taxas permanecem elevadas, em comparação com as demais regiões do País, totalizando 30,9/100.000 habitantes (BRASIL, 2013).

O Brasil, frente ao panorama mundial, destaca-se por ser o primeiro país em desenvolvimento a adotar uma política pública de acesso gratuito aos diagnósticos de HIV e ao TARV, por meio da Lei nº 9313/96, no âmbito do Sistema Único de Saúde (SUS). Desde o surgimento do TARV, a infecção pelo HIV tem sido considerada de caráter crônico evolutivo e potencialmente controlável, com associação dos medicamentos antirretrovirais e monitoramento da progressão do HIV pelos marcadores sorológicos de linfócitos T CD4 e carga viral (BRASIL, 2010).

Porém, para o sucesso e eficácia do TARV, uma das características de maior relevância é a adesão, que possibilita determinar a resposta à terapêutica (POLEJACK; SEIDL, 2010).

”A adesão constitui-se como um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, e requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre as pessoas com HIV/aids e a equipe, juntamente com a rede social.” (BRASIL, 2008, p.157).

¹ Em português existem três formas corretas da grafia da palavra: SIDA, AIDS e aids (HOAUISS, 2001). A última, que é tomada como substantivo, refere-se ao contexto da epidemia, e não somente à sigla da doença, motivo pelo qual foi escolhida para uso neste trabalho.

Nesse sentido, na complexidade de conviver com uma doença crônica, como a aids, que está fortemente aliada a um contexto de preconceito e estigma, que exige a realização de tratamento medicamentoso contínuo, observa-se a necessidade de apoio específico, de forma a impedir a ocorrência de agravos de saúde e inclusive melhorar os níveis de adesão ao TARV. Assim, destaca-se que o suporte social e as estratégias de enfrentamento têm influência sobre o bem-estar psicológico das pessoas que vivem com HIV/aids. Principalmente, devido às situações de preconceito que ainda caracterizam as reações sociais à soropositividade, as quais podem levar ao isolamento e à restrição dos relacionamentos sociais, tendo impacto negativo na manutenção e estruturação da sua rede social de apoio (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Assim, o apoio da família, do(a) parceiro(a) e dos amigos, os quais compõem a rede social dessa população, é essencial para a superação, enfrentamento e superação da doença, sobretudo no processo de adesão ao TARV (GOMES; SILVA; OLIVEIRA, 2011).

De forma abrangente e geral, o suporte social pode ser compreendido como qualquer processo em que relações sociais promovem saúde e bem-estar. E exerce um papel fundamental na vida do indivíduo, cumprindo importantes funções nas dimensões social, psicológica e comportamental. Assim, pode diminuir o risco de agravamento de tais doenças ao promover comportamentos relevantes para o seu manejo e controle (RODRIGUES; SEIDL, 2008).

Evidencia-se que as pessoas que vivem com HIV/aids que possuem redes sociais sólidas e vivem com o(a) parceiro(a) apresentam melhores condições de funcionamento das esferas cognitiva, afetiva e dos relacionamentos sociais, e maior satisfação com esses aspectos (SEIDL, et al., 2007). Nessa perspectiva, estudos apontam que o suporte social fornecido pelos seus familiares e parceiros é importante para a adesão continuada (WARE, et al., 2009; WEISS, et al., 2006).

O termo “suporte social” surgiu na literatura, por meio da área de conhecimento da psicologia a partir de meados dos anos de 1970 e tem sido definido como o apoio recebido de outras pessoas; este conceito contempla três categorias distintas: a instrumental, a de informação e a emocional (COBB, 1976).

A primeira categoria refere-se à ajuda e auxílio à pessoa no manejo de situações práticas (ajuda material, financeira ou para questões operacionais do cotidiano). O suporte de informação corresponde aos conselhos e informações

recebidos que auxiliem o indivíduo a avaliar e a lidar com a situação estressora. Por sua vez, o suporte emocional, que também pode ser denominado de afetivo, consiste em comportamentos como escuta, atenção ou fazer companhia, que contribuem para que a pessoa se sinta amada e estimada. Assim, os efeitos do suporte social podem levar ao sentimento e à percepção de estar sendo cuidado, amado ou valorizado (COBB, 1976).

Segundo Thoits (1995) o suporte social abrange duas subdivisões, que são determinadas a partir da sua conceituação: aspectos estruturais e funcionais do suporte. Os aspectos estruturais abordam a frequência e quantidade das relações sociais, avaliando a integração da pessoa em uma rede social. Nesta subdivisão, leva-se em consideração o tamanho da rede, por meio do número de pessoas envolvidas, homogeneidade, reciprocidade, acessibilidade e frequência de contato (THOITS, 1995). Já o componente funcional avalia a percepção quanto à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido, prevalecendo na literatura o suporte emocional ou de estima e o instrumental ou operacional (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Nesse contexto, a partir da participação do Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Famílias e Sociedade (PEFAS), da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), tive a possibilidade de vivenciar ações extensionistas vinculadas à linha de pesquisa.

Destacam-se as atividades de iniciação científica no projeto “Indicadores de vulnerabilidade de adultos e idosos na adesão ao TARV em serviços de referência da metade Sul do Rio Grande do Sul”, e a realização do trabalho de conclusão de curso intitulado “Cotidiano terapêutico de adultos que têm HIV/aids para a adesão ao tratamento antirretroviral no Hospital Universitário de Santa Maria/RS”. Durante a análise dos dados do trabalho de conclusão de curso e participação nas etapas de pesquisa do projeto “Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que têm HIV/aids” surgiram inquietações, entre elas deu-se destaque para este estudo à questão de pesquisa: Qual a relação entre o suporte social e a adesão ao TARV de pacientes adultos que vivem com HIV/aids?

A hipótese deste estudo é de que os adultos que vivem com HIV/aids e são aderentes ao TARV apresentam maior percepção e satisfação com o suporte social recebido, seja emocional ou instrumental, o que auxilia no fortalecimento da adesão ao TARV. Assim, tem-se como objeto de estudo: a relação entre com o suporte social e a adesão ao TARV. E como objetivos:

- Objetivo geral

- Avaliar as relações entre suporte social e adesão ao TARV de adultos que vivem com HIV/aids.

- Objetivos específicos

- Descrever o suporte social emocional, instrumental e total percebido por pacientes adultos em TARV por meio da “Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/aids”;

- Comparar as médias de suporte social percebido, segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e de adesão ao TARV;

- Verificar a correlação entre adesão ao TARV e a percepção de suporte social de adultos que vivem com HIV/aids.

1 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA

1.1 Suporte Social de adultos com HIV/aids

Considerando a necessidade de conhecer o que existe de produções no que se refere à temática suporte social ao adulto que vive com o HIV/aids, desenvolveu-se uma revisão narrativa da literatura. Ela objetivou avaliar a produção científica sobre suporte social na saúde de adultos que vivem com o HIV/aids.

A busca bibliográfica foi desenvolvida na Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), no sistema *online* de busca – PubMed. Utilizou-se a seguinte estratégia de busca: "social support" [MESH] AND "acquiredimmunodeficiencysyndrome" [MESH], com a seleção dos filtros texto completo disponível, resumo *online*, publicação no recorte temporal de 1996 a 2011, adulto: 19 ou mais anos, adulto: 19 a 44 anos e idade: 65 anos ou mais.

O levantamento dos estudos ocorreu em maio de 2012. Para selecionar as produções científicas, os critérios de inclusão foram: artigos de pesquisa na temática de suporte social de adultos com HIV/aids; disponíveis na íntegra *online*; em idiomas português, inglês ou espanhol.

Os critérios de exclusão foram: artigos sem resumo na base de dados ou incompletos. O recorte temporal utilizado foi de 1996, em virtude do início do TARV no país, até 2011. Encontraram-se 214 estudos. A seleção dos estudos foi desenvolvida por meio da leitura dos títulos e resumos, sendo selecionados 42 artigos. Para o acesso ao texto completo, foram utilizados os seguintes recursos: busca no portal do periódico em que o artigo foi publicado e busca no portal CAPES.

Após a leitura dos artigos na íntegra dos 42 artigos, 12 estudos foram excluídos por não serem da temática. Assim, foram analisados 30 artigos de pesquisa. Desenvolveu-se a análise de conteúdo, que conta com três etapas: pré-análise, exploração do material e interpretação dos resultados (MINAYO, 2010).

A primeira etapa possibilitou uma visão abrangente do conteúdo dos artigos por meio de leitura flutuante e fichamento. Utilizou-se uma ficha de extração de dados composta pelas variáveis: autores, objetivo, ano de publicação, país, subárea

do conhecimento, resultados e conclusões ou principais contribuições.

A etapa de exploração do material ocorreu a partir da transcrição dos resultados e de trechos significativos. Com a leitura exaustiva dos textos, foi desenvolvida a codificação cromática nos achados fichados. Elaboraram-se categorias temáticas, com referências dos autores e análise sintética dos textos. Os artigos foram identificados pela letra A seguida de uma numeração (ZHOU, 2009; MELLORS; ERLLEN; COONTZ, et al., 2001; WEBEL; HIGGINS, 2011).

Na análise dos estudos foi possível descrever *quem* forneceu suporte social para as pessoas que vivem com o HIV/AIDS. Também se identificou *como* foi fornecido e *para que*, ou seja, tornando possível reconhecer as finalidades ou implicações do suporte social na vida das pessoas e também na adesão ao TARV.

Assim, a categoria “*por quem*” foi fornecido o suporte social contemplou: os serviços de saúde (ZHOU, 2009; MELLORS; ERLLEN; COONTZ, et al., 2001; WEBEL; HIGGINS, 2011), os profissionais de saúde (TANGKAWANICH; YUNIBHAND; THANASILP, et al., 2008; HO; TWINN; CHENG, 2010; WARE, N.C., et al., 2009), a pessoas da família (KADUSHIN, 1999; CIAMBRONE, 2002), o(a) parceiro(a) (JORGENSEN; MARWIT, 2001; SHIPPY; KARPIAK, 2005; KRUG; KARUS; SELWYN, et al., 2010) e amigos (SHIPPY; KARPIAK, 2005; FEKETE; GEAGHAN; DRULEY, 2009).

O suporte social desenvolvido nos serviços de saúde é um recurso indispensável de apoio social, uma vez que as instituições de saúde são um dos poucos lugares em que as pessoas infectadas pelo HIV estão dispostas a revelar seu diagnóstico, pelo medo do preconceito e discriminação (ZHOU, 2009).

Nesse sentido, destaca-se o papel de encorajamento do enfermeiro, por meio de auxílio no enfrentamento do sofrimento emocional e físico causado pela doença (MELLORS; ERLLEN; COONTZ, et al., 2001). Ainda, ressalta-se a importância de os profissionais de saúde conhecerem os papéis sociais e familiares desenvolvidos pelos pacientes, a fim de estabelecerem vínculo e planos terapêuticos individualizados e mais eficazes (WEBEL; HIGGINS, 2011).

Dessa forma, o suporte fornecido pelos profissionais de saúde é fundamental na elaboração de estratégias de autocuidado e adesão. A educação em saúde é ferramenta utilizada para adaptação do horário de ingestão de medicamentos à rotina do paciente e visitas domiciliares regulares para acompanhamento do tratamento (TANGKAWANICH; YUNIBHAND; THANASILP, et al., 2008).

Outro recurso utilizado é o resultado do exame laboratorial de linfócitos CD4 para a melhora de autoconfiança e motivação dos pacientes (HO; TWINN; CHENG, 2010). Na África subsaariana, os profissionais de saúde adotaram uma escala mais flexível, instituindo uma política de aceitar indivíduos que chegavam após o horário previsto para a consulta. Além disso, buscavam recursos disponíveis para os mais necessitados ou forneciam empréstimos pessoais para transporte e alimentação (WARE, et al., 2009).

As dimensões socioeconômicas interferem no viver com HIV/aids, pois as medicações exigem alimentação de boa qualidade, bem como recursos financeiros para transporte às consultas de rotina, medicações extras e manutenção do lar. Por isso, nos momentos de dificuldade financeira, muitas vezes, recorrem ao empréstimo financeiro da sua rede de apoio, como seus familiares e amigos (COSTA, 2009).

Assim, a disponibilidade de uma equipe treinada e multiprofissional se faz necessária para que os profissionais que atuam nesta área compreendam melhor o contexto em que estão inseridas as pessoas com doenças crônicas, no caso a aids. Faz-se necessário conhecer os desafios para o controle da doença, as necessidades de apoio, para que, dessa forma, possam buscar aprimorar seus conhecimentos e, cada vez mais, disponibilizar informações necessárias para uma melhor adesão ao tratamento e qualidade de vida diante desta condição crônica de saúde (MEIRELLES, 2010).

No que se refere ao suporte emocional, observou-se que a família provê apoio emocional e relaxamento em níveis significativamente mais altos do que apoio instrumental e informativo. Mães e irmãos fornecem apoio em um nível significativamente mais elevado do que os pais. A maior barreira para a obtenção de apoio foi experimentada em relação à falta de conhecimento sobre o HIV/aids pela família (KADUSHIN, 1999).

Estudo realizado com mulheres soropositivas revelou que elas dependem, geralmente, de um membro da família para suporte emocional. Quase todas as mulheres entrevistadas (95%) relataram ter pelo menos uma pessoa com quem contar para assistência instrumental e, mais frequentemente, suporte emocional. As redes sociais das mulheres envolvem membros da família (especialmente pais e filhos) e outras pessoas significativas. Irmãos e amigos não foram identificados como fontes de apoio confiáveis (CIAMBRONE, 2002).

A família é o primeiro suporte a ser acionado nas crises de saúde. Somente quando a família não pode ser acionada, amigos e serviços formais ajudam. A presença de familiares diminui o estresse psicológico e os problemas de saúde. As famílias necessitam compartilhar o cuidado de saúde com os serviços conforme aumenta o grau de comprometimento físico e psicológico. Assim, o apoio familiar é importante na adesão ao tratamento pelo fato de este exigir uma readaptação da vida diária às tomadas de medicação e até mesmo a revelação do diagnóstico a pessoas próximas que possam ajudar no cuidado (SILVEIRA, 2011).

Estudo com homens *gays* revelou que os parceiros fornecem mais suporte emocional e instrumental do que os amigos. Os sujeitos expressaram significativas ($p < 0,05$) necessidades de suporte emocional total mais dos parceiros do que dos pais, amigos ou médicos, sendo que esse incluía expressão de amor e preocupação, expressão de encorajamento e *feedback* positivo, ser confiante, fornecer perspectiva espiritual e filosófica. Esses resultados sugerem que os parceiros são a fonte preferida de cada tipo de suporte emocional, dessa forma evidenciando as grandes demandas emocionais cobradas dos parceiros e a necessidade de incluir esse grupo como aliado no acompanhamento clínico-laboratorial desses pacientes (JORGENSEN; MARWIT, 2001).

Nessa perspectiva, os adultos mais velhos com HIV/aids contam com os amigos e esposa/marido como primeiras fontes de suporte acionadas (SHIPPY; KARPIAK, 2005). Quanto ao suporte como cuidador, os parceiros foram os mais citados (36%) pelos pacientes em estágio avançado de HIV/aids (KRUG; KARUS; SELWYN, et al., 2010).

Nesse contexto, o apoio do parceiro proporciona amparo e sua opinião exerce influência considerável sobre o outro. Quando o companheiro aceita a condição sorológica, advém o sentimento de alívio com a decisão de ficarem juntos e terem a possibilidade de se ajudar. O parceiro é uma fonte importante de suporte emocional com impacto positivo na qualidade de vida e adesão ao TARV (REIS, 2011).

Um processo comum ao qual pessoas mais velhas se adaptam é o infrequente ou reduzido contato com a família, por meio da ampliação da sua rede de apoio para amigos como fonte primária. Os amigos se tornam a família escolhida, assumindo laços emocionais, direitos legais e responsabilidades biológicas (SHIPPY; KARPIAK, 2005).

Ainda, estudo realizado, com o objetivo de analisar como as redes sociais estavam associadas com o bem-estar físico e psicológico de homens vivendo com HIV/aids, apontou que os membros mais frequentes da rede primária foram amigos (43%), seguidos por um membro da família (28%), esposa ou companheira (26%) ou parceiro sexual regular (3%) (FEKETE; GEAGHAN; DRULEY, 2009).

O apoio de amigos e o cuidado providenciado por esses pode ser uma reafirmação da importância da pessoa que recebe os cuidados (SILVEIRA, 2011). O suporte proporcionado pela família tende a ser uma obrigação, enquanto que o suporte proporcionado por amigos é tipicamente voluntário e baseado em gratificações mútuas.

Os resultados encontrados são subsídios para os profissionais de saúde, principalmente ao enfermeiro, o qual deve valorizar a rede de suporte social representada pelos familiares, amigos e serviços de saúde como uma estratégia de fornecimento de assistência no enfrentamento das dificuldades decorrentes do processo de adoecimento e adesão continuada.

Além disso, na categoria *como* o suporte social é fornecido aos adultos com HIV/aids tem-se questões que incluem o bem-estar psicológico (JORGENSEN; MARWIT, 2001; REYNOLDS; TESTA; MARC, et al., 2004), o suporte emocional (JORGENSEN; MARWIT, 2001; BHARGAVA; BOOYSEN, 2010), a inclusão social no trabalho e nos serviços de saúde (SKEVINGTON; NORWEG; STANDAGE, 2010), a informação recebida de modo informal ou formal (KADUSHIN, 1999; SKEVINGTON; NORWEG; STANDAGE, 2010; REEVES, 2001), a motivação ao autocuidado (TANGKAWANICH; YUNIBHAND; THANASILP, et al., 2008) e a participação em grupos de apoio (HLONGWANA; MKHIZE, 2007).

No que se refere ao bem-estar psicológico, níveis mais altos de suporte social foram significativamente associados a níveis mais baixos de sintomas de culpabilização. Esses achados têm implicações clínicas na promoção de bem-estar psicológico, propiciando menos dificuldades cognitivas e ausência de depressão (JORGENSEN; MARWIT, 2001; REYNOLDS; TESTA; MARC, et al., 2004).

Assim, esses estudos convergem com Aragão (2009), que aponta que o suporte social também está associado ao bem-estar psicológico, pois reduz o impacto de eventos estressores, sejam eles psicológicos (depressão, ansiedade) ou sociais (desemprego, morte de pessoas próximas). Dessa forma, esses eventos são

mediados pela maneira como cada indivíduo suscitou condições para manejá-los a partir de seu suporte social.

O suporte emocional recebido pelos pacientes varia de acordo com as fontes e se subdivide em expressão de amor e preocupação, encorajamento e *feedback* positivo, ser confidente e fornecer perspectivas filosóficas e espirituais (JORGENSEN; MARWIT, 2001). Esse tipo de suporte foi um preditor significativo ($p < 0,05$) nos resultados de exames laboratoriais de células CD4 e nos índices de qualidade de vida (REYNOLDS; TESTA; MARC, et al., 2004).

Assim, o suporte emocional exerce influência sobre a adesão tratamento e na redução de sintomas depressivos. Esse suporte é essencial durante períodos de maior debilidade provocados pela exacerbação da doença (SILVEIRA, 2011). Principalmente no que se refere aos cuidados à saúde, à tomada de decisões, ao acompanhamento de saúde e enfrentamento da doença.

A inclusão social aumentou os sentimentos positivos e o suporte social, possibilitando melhoras percebidas no acesso aos cuidados de saúde e relacionamentos sociais, influenciando indiretamente na qualidade de vida (BHARGAVA; BOOYSEN, 2010). Nesse sentido, a inclusão social da pessoa com HIV/aids, principalmente no ambiente de trabalho, é considerada essencial para a sua qualidade de vida, sendo caracterizada como uma forma de suporte social. Entretanto, ainda se observa uma realidade de discriminação que culmina na exclusão de direitos de cidadania (FREITAS, 2012).

O suporte informacional não se refere somente a obter informações, mas também a receber conselhos. Embora a maioria das pessoas com HIV/aids não perceba a família como fonte de informação, elas identificam que a falta de conhecimento da família sobre o HIV/aids acaba criando uma barreira, evitando solicitarem ajuda e também relatarem sua insatisfação frente a esse tipo de suporte (KADUSHIN, 1999).

Assim, destacam-se novos meios de suporte informacional, entre eles, a utilização da Internet a fim de entenderem melhor sobre sua condição de saúde, que vem sendo utilizada como um meio de obter informações adicionais e trocas de experiências, propiciando melhores comportamentos de saúde, tendo repercussões positivas na adesão ao TARV. Assim, a utilização destes meios de suporte possibilita a elaboração de estratégias de enfrentamento, que está diretamente

relacionada a benefícios à sua saúde (SKEVINGTON; NORWEG; STANDAGE, 2010; KALICHMAN; BENOTSCH; WEINHARDT, et al., 2003; REEVES, 2001).

O aconselhamento em saúde é considerado outra forma de obtenção de suporte informacional. Na medida em que inclui informações e orientações de educação em saúde de acordo com as necessidades e aspectos individuais, que interferem na qualidade de vida das pessoas (MEIRELLES, 2010). Dessa forma, faz-se importante que o profissional de saúde, ao desenvolver esse papel, permaneça aberto ao diálogo e sensível à percepção das necessidades do indivíduo (CARVALHO, 2011).

Nesse sentido, as condições de acessibilidade às informações, atualmente, podem contribuir para a disseminação de informações e conselhos úteis para lidar com situações ou resolver problemas. Assim como também promover uma vida saudável e o incremento de maior participação social com vistas à promoção da saúde.

O TARV e o suporte social estão significativamente associados a efeitos positivos nas estratégias de autocuidado e diminuição dos sintomas da doença (TANGKAWANICH; YUNIBHAND; THANASILP, et al., 2008). Dessa forma, o suporte social fornece encorajamento, motivação para o autocuidado, exerce influência sobre a adesão ao tratamento e na redução de sinais depressivos (SILVEIRA, 2011).

No que se refere a grupos de apoio, aponta-se que, em um estudo realizado com adultos com HIV/aids frequentadores de um grupo de apoio religioso, o suporte social recebido melhorava o enfrentamento da sua doença (HLONGWANA; MKHIZE, 2007). O que converge com Paiva (1998), que ressalta que o apoio emocional relacionado às crenças pode contribuir com atividades de enfrentamento à condição sorológica, e está principalmente ligado aos grupos religiosos, por meio da oração e pensamentos positivos.

Quanto às atividades grupais, acredita-se no seu grande potencial para o cuidado às pessoas que vivem com o HIV/aids, já que por meio delas podem oferecer e receber ajuda. No contexto grupal, essas pessoas se sentem respeitadas, uma vez que compartilham o viver e conviver com a infecção. Esta experiência facilita a compreensão do HIV/aids, estimula as relações humanas, desperta para os direitos específicos das pessoas portadoras da infecção, aumentando a autoestima (SANTOS, 2009).

A categoria *para que* engloba os estudos em que surgem as finalidades do suporte social, e as implicações na vida da pessoa e na adesão ao TARV. Assim, tem-se as questões relacionadas a qualidade de vida (TANGKAWANICH; YUNIBHAND; THANASILP, et al., 2008; SKEVINGTON; NORWEG; STANDAGE, 2010; HANSEN; VAUGHAN; CAVANAUGH; CONELL, et al., 2009; ATKINS; RUBENSTEIN; SOTA, et al., 2010; BAJUNIRWE; TISCH; KING, et al., 2009; YEN; TSAI; LU, et al., 2004), a obtenção de melhor saúde mental (ATKINS; RUBENSTEIN; SOTA, et al., 2009; ATKINS; RUBENSTEIN; SOTA, et al., 2001; REICH; LOUNSBURY; ZAID-MUHAMMAD, et al., 2010; SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2007) e a influência na adesão (WARE, et al., 2009; REYNOLDS; TESTA; MARC, et al., 2004; WEISS; FRENCH; WATERS; NETHERLAND, et al., 2006; GARDENIER; ANDREWS; THOMAS, et al., 2010; LI; SUN; WU, et al., 2007; JONES; ISHII; LAPERRIERE, et al., 2003; GONZALES; PENEDO; ANTONI, et al., 2004)..

Estudo, com o objetivo de analisar as relações causais entre idade, tratamento antirretroviral, suporte social, sintomas, estratégias de autocuidado e qualidade de vida relacionada à saúde, apontou que o suporte social teve efeito positivo na qualidade de vida dos sujeitos participantes (TANGKAWANICH; YUNIBHAND; THANASILP, et al., 2008). Resultados de outros estudos também revelam que o suporte social é significativamente associado à qualidade de vida (SKEVINGTON; NORWEG; STANDAGE, 2010; HANSEN; VAUGHAN; CAVANAUGH; CONELL, et al., 2009; ATKINS; RUBENSTEIN; SOTA, et al., 2010; BAJUNIRWE; TISCH; KING, et al., 2009; YEN; TSAI; LU, et al., 2004).

O suporte social atua na vida das pessoas que vivem com o HIV/aids na promoção de saúde e na qualidade de vida. Na medida em que afeta as atividades do dia a dia, influenciando em se manter ativo no trabalho e na melhora da autoestima (MEIRELLES, 2010).

No contexto da saúde mental de cada indivíduo, ter uma ou mais pessoas consideradas importantes na sua rede social foi associado a estados positivos de saúde mental (REICH; LOUNSBURY; ZAID-MUHAMMAD, et al., 2010). Assim, o suporte social foi associado a menores sintomas depressivos e de ansiedade, além de melhor afeto positivo (ATKINS; RUBENSTEIN; SOTA, et al., 2010; ATKINS; RUBENSTEIN; SOTA, et al., 2010; SIEGEL; SCHRIMSHAW, 2007).

Observa-se que, diante do processo de fragilização causado pela descoberta da doença, as intervenções psicossociais se tornam necessárias, a fim de viabilizar

o enfrentamento do processo de adoecimento, e o fortalecimento social passa a ser o objeto de ação (MEIRELLES, 2010).

O suporte social instrumental e/ou afetivo pode colaborar com o bem-estar físico, emocional do indivíduo e a adesão ao tratamento. A fim de possibilitar melhor autocuidado, impedir a progressão doença, promover a saúde por meio da melhora das condições clínicas e da autoestima (SILVEIRA, 2011).

Os estudos apontam que as relações sociais e o suporte social estão diretamente ligados à adesão continuada ao tratamento medicamentoso (WEISS; FRENCH; WATERS; NETHERLAND, et al., 2006). Assim, o nível de apoio recebido influencia diretamente na adesão ao TARV (WARE, et al., 2009; REYNOLDS; TESTA; MARC, et al., 2004; GARDENIER, D.; ANDREWS; THOMAS, et al., 2010; LI; SUN; WU, et al., 2007; JONES; ISHII; LAPERRIERE, et al., 2003; GONZALES; PENEDO; ANTONI, et al., 2004).

Dessa forma, o suporte social por meio de intervenção e apoio psicológico pode influenciar o grau de adesão (REIS et al., 2010). Principalmente quando se refere aos adultos que têm dificuldades para cumprir as prescrições devido à complexidade do tratamento.

1.2 Terapia antirretroviral e adesão

A partir de 1996, por meio da Lei nº 9.313, que dá acesso universal e gratuito aos antirretrovirais, houve uma redução da mortalidade e morbidade entre as pessoas com aids, aumentando sua expectativa de vida e diminuindo o número de internações hospitalares, a incidência de infecções oportunistas e a transmissão vertical do HIV (HALLAL, et al. 2010).

Nos anos seguintes foram descobertos outros importantes antirretrovirais, mas somente em 1996, com o início da TARV tripla ou *Highly Active Antiretroviral Therapy* (HAART), ficou evidenciada a eficácia desses medicamentos. A TARV tripla se configura pela combinação de três ou mais antirretrovirais, onde dois devem ser de classes diferentes. Atualmente o Ministério da Saúde distribui gratuitamente 21 antirretrovirais divididos em cinco classes, que agem de forma distinta conforme a ação do HIV no seu ciclo (BRASIL, 2012; RODRIGUES; et al., 2009).

O primeiro fármaco efetivo no combate ao HIV foi a zidovudina, pertencente à classe dos inibidores da transcriptase reversa nucleosídeos, que surgiu no ano de 1987. Posteriormente, os inibidores de transcriptase reversa não nucleosídeos foram desenvolvidos e, em 1995, após purificação e cristalização da enzima protease do HIV, foram criados os inibidores de protease (RODRIGUES, et al., 2007).

O novo protocolo clínico do Ministério da Saúde com diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/aids, ainda em caráter preliminar, apresenta a utilização dos antirretrovirais para todas as pessoas vivendo com HIV/aids, independentemente da contagens de linfócitos T CD4, na perspectiva de redução da transmissibilidade do HIV (BRASIL, 2014).

A recomendação de início precoce do TARV tem como principais fatores a evidência de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV, somadas à disponibilidade de opções terapêuticas progressivamente mais cômodas e bem toleradas. Porém, deve-se considerar o risco de efeitos adversos no longo prazo, e a importância da adesão (BRASIL, 2014).

Os riscos associados ao TARV diminuíram, considerando que os riscos de viremia não tratada por muito tempo aumentaram. A supressão viral sustentada restaura e preserva a função imunológica, diminuindo infecções oportunistas e mortalidade. Os objetivos do tratamento consistem na supressão prolongada da carga viral para menos de 50 cópias/ml, restauração da função imune (indicada pelo número de linfócitos T CD4), prevenção da transmissão de HIV e de resistência medicamentosa, melhora da qualidade de vida (THOMPSON, et al., 2010).

Entre as dificuldades de adesão ao TARV, destacam-se as inerentes ao tratamento, à complexidade da vida das pessoas com HIV/aids, aos contextos socioeconômicos desfavoráveis, ao limitado acesso à terapia pelas populações marginalizadas e à falta de intervenções eficazes para ajudar os pacientes a alcançar e manter níveis adequados de adesão (BONOLO, et al., 2007).

No contexto clínico, o monitoramento da adesão é fundamental para identificar precocemente aqueles pacientes em risco de não adesão, ou aqueles que já estão apresentando dificuldades, a fim de planejar intervenções de apoio ao tratamento de acordo com cada caso. Nessa perspectiva, a identificação vulnerabilidades para a não adesão é essencial para se prevenir o desenvolvimento de resistência viral, consequência que pode limitar o acesso das pessoas às possibilidades de tratamento (POLEJACK; SEIDL, 2010).

No entanto, há poucas ferramentas padronizadas para avaliar os resultados dos programas de adesão ao tratamento da AIDS. Assim, para melhorar a qualidade da avaliação da adesão é importante identificar precocemente pacientes em risco de não adesão, ou que estejam apresentando dificuldades clínicas. A avaliação dos preditores de baixa adesão e a identificação de populações mais vulneráveis(,) tornam-se prioridades para que haja o desenvolvimento de políticas públicas a fim de planejar intervenções de apoio ao tratamento para esses pacientes (POLEJACK; SEIDL, 2010; REMOR; MILNER-MOSKOVICS;PREUSSLER, 2007).

Assim, é fundamental que os profissionais de saúde reconheçam que a adesão é um fenômeno que deve ser trabalhado junto ao paciente de forma sistematizada, com o desenvolvimento de ações que favoreçam uma atuação efetiva dos profissionais e uma incorporação do tratamento pelo paciente. Para tanto, a equipe de saúde, em especial o enfermeiro como educador, deve conhecer os fatores que possam interferir na adesão, sendo imperativo o reconhecimento das especificidades da sua clientela em particular (COLOMBRINI et al., 2006).

2 MÉTODO

Este estudo é um subprojeto do projeto matricial intitulado “Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS, sigla – TARV IV”, o qual pertence ao grupo de pesquisa “Cuidado à Saúde das Pessoas Famílias e Sociedade (GP-PEFAS)” da UFSM, na linha de pesquisa “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da AIDS”.

Foi desenvolvido por meio da análise de dados contidos no banco de dados do projeto TARV IV, coordenado pela pesquisadora responsável Dr.^a Stela Maris de Mello Padoin, orientadora deste estudo.

2.1 Apresentação do projeto matricial

Trata-se de um estudo transversal, fundamentando na abordagem quantitativa. Desenvolvido no Ambulatório de Doenças Infecciosas (ADI) – adulto do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM), no Rio Grande do Sul, Brasil.

Para alcançarmos a população e amostra, foi gerado um relatório por meio do Sistema de Informações para o Ensino (SIE) da agenda do ADI do ano de 2011, mostrando quem, e quantos pacientes compareceram às consultas naquele ano. Estes dados foram cruzados com a lista de pacientes a quem se estava dispensando antirretrovirais regularmente, obtida através do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do HUSM, gerando uma tabela única com todos os pacientes que realizavam TARV e acompanhamento no ADI adulto.

A população do estudo era de 432 adultos cadastrados para a TARV, segundo dados do serviço do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e UDM. Para o cálculo da amostra, utilizou-se a seguinte fórmula (LOPES et al., 2008, p. 83):

$$n = \frac{Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q} \cdot N}{e^2 (N-1) + Z_{\alpha/2}^2 \cdot \hat{p} \cdot \hat{q}}$$

Onde:

$Z(\alpha/2)$ = valor tabelado (distribuição normal padrão)=1,96;

p = percentual estimado=0,5;

q = (1- p) Complemento de p =0,5;

e = erro amostral=0,057;

α = nível de significância=5%.

Assim, considerando um erro amostral de 5,7%, uma proporção estimada de 50% e 95% de confiança[,], a amostra foi composta por 179 adultos. A seleção da amostra foi não probabilística, a partir da chegada dos pacientes para o atendimento no ADI.

Os critérios de inclusão foram: segmento populacional de adultos \geq a 20 anos, de ambos os sexos, que estavam cadastrados para o TARV há pelo menos três meses na Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) e que realizassem o acompanhamento no ADI adulto do HUSM. Foram excluídos os adultos com alguma limitação cognitiva e mental (que dificultasse a compreensão e/ou expressão verbal); aqueles que estivessem em regime penitenciário, uma vez que, na consulta eram acompanhados por policiais, o que fere o princípio da privacidade, e mulheres em período gravídico-puerperal, uma vez que o tratamento pode ter sido iniciado com o intuito de prevenir a transmissão materno-infantil do HIV.

A coleta de dados ocorreu por meio de uma agenda elaborada a partir do SIE, tendo sido obtidas agendas de consultas do ADI. Assim, os pacientes presentes na tabela gerada pelo cruzamento dos dados do SICLOM e do relatório do SE foram convidados a participar da pesquisa no dia de suas consultas. O convite era realizado em uma sala reservada e o paciente escolhia o local e momento – geralmente enquanto aguardava a consulta – para responder o questionário; caso necessitassem algum tipo de auxílio, os coletadores ficavam em uma sala reservada para ajudar ou aplicar o questionário quando necessário.

O período de coleta de dados foi de março a julho 2012, realizada por auxiliares de pesquisa capacitados, após aprovação no Comitê de Ética em

Pesquisa da UFSM, sob nº CAAE 0322.0.243.000-11, em novembro de 2011 (Anexo A).

O instrumento de pesquisa foi composto por cinco blocos (Anexo B):

Bloco 1 – Caracterização dos adultos que têm HIV/aids. Este integra os dados demográficos, econômicos e sociais.

Bloco 2 – Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/aids (Renwick, Halpen, Rudman&Friedland, 1999), validada e adaptada no Brasil por SEIDL e TRÓCCOLI (2006).

Bloco 3 – Caracterização Clínica dos pacientes.

Bloco 4 – Questionário autoaplicável, denominado “Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/aids” (CEAT – VIH), desenvolvido por Remor (2002) e validado para a versão brasileira por Remor, Milner-Moskovics e Preussler (2007).

Bloco 5 – Escala de expectativa de autoeficácia ao tratamento antirretroviral, desenvolvida e validada por Leite et al. (2002).

Os dados coletados foram organizados no programa Epiinfo® 6.04, com dupla digitação independente e correção de erros e inconsistências.

Com relação aos aspectos éticos, respeitaram-se os preceitos da Resolução 196/96 (BRASIL, 1996), vigente na época do estudo. O paciente foi informado acerca do caráter voluntário de sua participação na pesquisa e sobre a liberdade de retirar-se do estudo a qualquer momento, bem como das considerações acerca do anonimato e da confidencialidade dos dados (Anexo C). Após manifestação de interesse em participar da pesquisa, foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), solicitada a sua leitura e posterior assinatura em caso de concordância com os termos expostos, em duas vias. Uma ficou de posse do pesquisado, e a outra, do pesquisador responsável (ZUGE, 2013).

Acerca dos benefícios da pesquisa, foi esclarecido que esses não são de ordem direta, mas que os profissionais de saúde, ao terem acesso às informações decorrentes do estudo, poderão compreender como os adultos estão aderindo ao TARV e de que forma o suporte social influencia nesse processo, o que permitirá um melhor atendimento às suas necessidades. Quanto aos riscos, os pacientes foram informados da possibilidade da mobilização de sentimentos quanto a situações vividas, relacionadas à epidemia, à doença e à adesão. Durante a coleta de dados

houve suporte psicológico disponível pela equipe do hospital, mas não precisou ser acionado em nenhum momento.

2.2 Apresentação das etapas metodológicas da dissertação

2.2.1 Coleta em banco de dados

A coleta no banco de dados foi realizada no mês de maio de 2013 pela mestrandia. Utilizaram-se os Blocos 1, 2, 3 e 4 do banco de dados, os quais são referentes: à caracterização dos adultos que têm HIV/aids; à mensuração do suporte social percebido (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006); à caracterização clínica; e à avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; REMOR, 2007), respectivamente. Destaca-se que o Bloco 5 não foi utilizado nesta dissertação, pois já havia sido analisado em outro estudo (ZUGE, 2013).

2.2.2 Organização e análise dos dados

Neste item, descreve-se como foi a avaliação das variáveis dependente e independentes, bem como a análise estatística das mesmas.

- Avaliação do Suporte Social (Variável dependente):

A escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/aids(,) é composta de 24 itens, com respostas tipo Likert de cinco pontos. É dividida em duas dimensões:

1 - *Suporte emocional* – composta por 12 itens que avaliam a percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à soropositividade;

2 - *Suporte instrumental* – composta por 12 itens que avaliam a percepção e satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira.

O escore total da escala pode variar de 24 a 120 pontos. As respostas foram dadas em escala de Likert de cinco pontos, quanto à frequência dos suportes (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente e 5 = sempre) e quanto à satisfação (1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito, 3 = nem satisfeito, nem insatisfeita, 4 = satisfeito, 5 = muito satisfeito). Quanto mais elevado, maior a disponibilidade percebida e satisfação com o suporte social. O escore da escala foi calculado pela média aritmética dos valores dos itens correspondentes a cada fator (disponibilidade e satisfação) (SEIDL e TRÓCCOLI, 2006).

As pontuações das duas dimensões e do suporte social geral foram categorizadas por tercil em Baixo suporte social (até 33%), Moderado suporte social (34-66%) e Alto suporte social ($\geq 67\%$).

- Avaliação das variáveis independentes:

a) Características demográficas, econômicas e sociais:

Foram avaliados: idade (anos completos e tercis), sexo (Masculino, Feminino), raça autorreferida (Branca, Preta, Parda, Amarela, Indígena), escolaridade (Não estudou, Ensino Fundamental Completo e Incompleto, Ensino Médio Completo e Incompleto, Ensino Superior Completo e Incompleto, Pós-Graduação), local de residência, situação conjugal (convive com esposo(a) ou companheiro(a), sozinho(a), solteiro(a), separado(a), divorciado(a) ou viúvo(a)), número de filhos (1, 2 a 4, 5 ou mais filhos), renda familiar (salários mínimos), número de dependentes, profissão e situação de emprego (sim, não), uso de drogas ilícitas (sim, não), acompanhamento no serviço de saúde (difícil, mais ou menos, fácil), participação em grupo (sim, não) e receber orientação (sim, não).

b) Características clínicas:

Foram avaliados: tempo do diagnóstico do HIV (≤ 5 anos, 6 a 10 anos, ≥ 11 anos), modo de transmissão do HIV (Transfusão Sanguínea, Drogas Injetáveis, Transmissão Sexual, Desconhecida); infecções oportunistas (sim ou não), níveis de linfócitos T-CD4 (até 50, 51 a 350, maior ou igual a 350 células/mm³ de sangue), valores de carga viral plasmática (401 a 30.000, 30.001 ou mais cópias virais/ml), uso de bebida alcoólica (sim ou não), Propensão para o alcoolismo – CAGE (MASUR; MONTEIRO, 1983), utilização de medicações psiquiátricas (sim ou não).

c) Avaliação da adesão ao tratamento:

A adesão ao tratamento foi avaliada por meio da versão brasileira do CEAT – VIH. Este questionário é constituído por 20 questões, no qual os itens incluem as seguintes dimensões (REMOR, 2010):

- *conformidade com o tratamento*, que inclui as variáveis: a adesão na última semana; adesão geral desde o início do tratamento, a adesão na ingestão dos horários do medicamento; avaliação do grau de adesão ao TARV; o paciente recorda os nomes dos medicamentos que utiliza no seu tratamento;

- *fatores que modulam a adesão ao tratamento*, que inclui as variáveis: o histórico de não adesão, que inclui deixar de tomar a medicação por se sentir melhor; por se sentir pior depois da ingestão da medicação; por estar com o estado emocional alterado;

- *a interação entre o profissional e paciente*: a equipe profissional reforça a importância de os pacientes aderirem aos medicamentos, ainda avalia o relacionamento entre ambos; e,

- *as crenças do paciente relacionadas ao esforço e do tempo que implica no cumprimento de seu tratamento, dificuldades percebidas para seguir o tratamento e as expectativas de autoeficácia em tomar os medicamentos e dos resultados esperados.*

A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento (REMOR; MILNER-MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007). Para as análises de comparação de média, o grau de adesão ao tratamento antirretroviral foi classificado em adesão baixa/insuficiente (percentil ≤ 49), adesão boa/adequada (percentil entre 50 e 85), adesão estrita (percentil ≥ 85). Também foi dicotomizada em

“aderentes” (escore bruto ≥ 83 ; percentil ≥ 85) e “não aderentes” (escore bruto < 83 ; percentil < 85).

A tabela de codificação das respostas do questionário CEAT-VIH que permite identificar o grau de adesão ao tratamento não se encontra descrita no projeto, por solicitação do autor do questionário, quando da autorização de uso da CEAT-VIH.

2.2.3 Análise estatística

A análise estatística foi realizada no programa PASW Statistic® (Predictive Analytics Software, da SPSS Inc., Chicago - USA) versão 18.0 for Windows. Salienta-se que a conferência de erros ou inconsistências da digitação foi realizada anteriormente, uma vez que este estudo faz parte de um banco de dados. Durante as análises, os resultados foram considerados estatisticamente significativos a um nível de significância de 5%.

Análise da **consistência interna** do CEAT – VIH e da Escala para Avaliação do Suporte Social foi avaliada pelo Coeficiente Alfa de Cronbach, a fim de verificar a fidedignidade da medida a que os instrumentos se propõem. Valores acima de 0,70 são confirmativos para este fim (BISQUERRA, SARRIELA, MARTINEZ, 2004; FIELD, 2009).

A verificação da **aderência dos dados quantitativos à normalidade** foi realizada por meio do teste Shapiro-Wilk (FIELD, 2009). Fez-se a análise descritiva das variáveis qualitativas, por meio da frequência absoluta e relativa, enquanto que as quantitativas, pela média e desvio padrão, quando satisfizeram a suposição de normalidade, ou mediana e intervalo interquartil, no caso de não atenderem à distribuição normal.

Para a **comparação de médias** entre as características demográficas, econômicas, sociais, clínicas e adesão ao TARV com as dimensões da Escala de Suporte Social foram utilizados os testes paramétricos (t de Student e ANOVA) ou não paramétricos (Mann Whitney e Kruskal-Wallis) de acordo com a variável.

Para avaliar a relação entre adesão ao TARV e as dimensões do suporte social utilizou-se a Correlação de Spearmann. A Tabela 1 apresenta valores do coeficiente e sua interpretação.

Tabela 1 – Valores para a interpretação do coeficiente de correlação

Coeficiente	Interpretação
$r = 1$	Correlação perfeita
$0,80 < r < 1$	Muito alta
$0,60 < r < 0,80$	Alta
$0,40 < r < 0,60$	Moderada
$0,20 < r < 0,40$	Baixa
$0,1 < r < 0,20$	Muito baixa
$r = 0$	Nula

Fonte: BISQUERRA, SARRIELA e MARTINEZ (2004)

3 RESULTADOS

A apresentação dos resultados se inicia com a caracterização sociodemográfica, econômica, clínica e comportamental e segue com análise descritiva da “Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/aids” e normalidade dos dados. A seguir, serão apresentadas as análises bivariadas entre suporte social, variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e adesão ao TARV. Por fim, a análise de correlação entre adesão e suporte social.

3.1 Caracterização sociodemográfica e perfil clínico

Dos 179 adultos em TARV para o HIV/aids participantes da pesquisa, 50,8% (n=91) eram do sexo masculino, 73,2% (n=131) apresentavam cor ou raça branca, 37,4% (n=67) tinham idade de 47 a 77 anos, idade média 43,21 (\pm 10.48), 56,4% (n=101) não haviam estudado ou tinham estudado até o ensino fundamental, 42,4% (n=76) apresentavam de dois a quatro filhos, 62,6% (n=112) residiam no Município de Santa Maria, 51,4% (n=92) relataram que sua situação conjugal era que viviam sozinhos, 65,4% (n=117) dos adultos eram desempregados, 73,0% (n=127) apresentavam renda *per capita* de até dois salários mínimos, em 68,2% (n=122) a via de transmissão do HIV foi a sexual (ZUGE, 2013).

Tabela 2 – Características sociodemográficas e econômicas de adultos em TARV para o HIV/AIDS. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Variáveis	N	%
Sexo		
Masculino	91	50,8
Feminino	88	49,1
Cor ou Raça		
Branca	131	73,2
Outras raças	48	26,8
Idade (tercil)		
22 a 37 anos	59	33,0
38 a 46 anos	53	29,6

Variáveis	N	%
47 a 77 anos	67	37,4
Nível de Escolaridade		
Não estudou ou estudou até ensino fundamental	101	56,4
Até o ensino médio	45	25,1
Até o ensino superior	33	18,4
Número de filhos		
Nenhum filho	38	21,2
Um filho	52	29,1
Dois a quatro filhos	76	42,4
Cinco ou mais filhos	13	7,3
Local de residência		
Santa Maria	112	62,6
Outros municípios	67	37,4
Situação Conjugal		
Convive com esposo(a) / companheiro(a)	87	48,6
Vive sozinho(a)	92	51,4
Você está empregado no momento		
Sim	62	34,6
Não	117	65,4
Renda per capita da família (n=174)		
Até dois salários mínimos	127	73,0
Mais de dois salários mínimos	47	27,0

Fonte: ZÜGE, 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.

No que se refere ao perfil clínico dos adultos em TARV: 68,2% (n=122) adquiriram o HIV por meio da transmissão sexual, 38% (n= 68) já sabiam do seu diagnóstico de 6 a 10 anos, 48% realizavam o tratamento antirretroviral num período \leq a cinco anos. E, de 178 adultos em TARV, 66,9% (n= 119) apresentaram valores de célula T CD4 \geq a 351 células/mm³ e 73,6% (n=131) apresentaram carga viral \leq a 50.000 cópias/ml (ZUGE, 2013).

Tabela 3 – Características clínicas e comportamentais de adultos em TARV para o HIV/AIDS. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Variáveis	N	%
Como adquiriu o HIV		
Transmissão Materna	1	0,6
Transmissão Sanguínea	4	2,2
Drogas Injetáveis	6	3,4
Transmissão Sexual	122	68,2
Desconhece	46	25,7

Variáveis	N	%
Tempo de diagnóstico		
Menor ou igual a 5 anos	60	33,5
De 6 a 10 anos	68	38,0
Mais de 11 anos	51	28,5
Tempo de tratamento (n=177)		
Menor ou igual a 5 anos	85	48,0
De 6 a 10 anos	65	36,7
Mais de 11 anos	77	15,3
Célula T CD4 (n=178)		
Até 350	59	33,1
Maior ou igual a 351	119	66,9
Carga viral (n=178)		
Menor ou igual a 50	131	73,6
Maior que 50	47	26,4

Fonte: ZÜGE, 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.

3.2 Caracterização da Escala de suporte social em HIV/AIDS

A “Escala de suporte social em HIV/AIDS” apresenta duas dimensões, a emocional e instrumental. Na Tabela 4 estão descritas as frequências de resposta para as questões da dimensão do suporte social emocional e na Tabela 5, as frequências de resposta para as questões da dimensão suporte social instrumental.

Tabela 4 – Distribuição das respostas dos itens Escala de Suporte Social para pessoas vivendo com HIV/aids – Suporte Emocional. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Questão	Nunca		Raramente		Às vezes		Frequente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	16	8,9	11	6,1	27	15,1	23	12,8	102	57,0
Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	36	20,1	11	6,1	46	25,7	16	8,9	70	39,1
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?	25	14,0	18	10,1	50	27,9	25	14,0	61	34,1
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?	29	16,2	12	6,7	41	22,9	26	14,5	71	39,7
Você tem recebido apoio de alguém que o(a) ajuda a melhorar o seu astral?	24	13,4	10	5,6	32	17,9	24	13,4	89	49,7
Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	22	12,3	11	6,1	48	26,8	24	13,4	74	41,3

Tabela 5 – Distribuição das respostas dos itens Escala de Suporte Social para pessoas vivendo com HIV/aids – Suporte Emocional. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Questão	Nunca		Raramente		Às vezes		Frequente		Sempre	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação?)	50	27,9	8	4,5	28	15,6	13	7,3	80	44,7
Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	85	47,5	14	7,8	33	18,4	13	7,3	34	19
Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia a dia? (Exemplo: arrumar a casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa?)	55	30,7	8	4,5	31	17,3	18	10,1	67	37,4
Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação?)	46	25,7	8	4,5	22	12,3	18	10,1	85	47,5
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão as coisas que você precisa em seu dia a dia? (Exemplo: alimentos, objetos como roupas, produtos de higiene pessoal, entre outras coisas?)	85	47,5	8	4,5	35	19,6	7	3,9	44	24,6
Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?	20	11,2	8	4,5	32	17,9	20	11,2	99	55,3

Tabela 6 – Satisfação do suporte emocional. Santa Maria/ RS, Brasil, 2012

Questão	Nível de Satisfação									
	Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito, nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?	6	3,4	5	2,8	31	17,3	56	31,3	81	45,3
Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?	9	5,0	11	6,1	27	15,1	64	35,8	68	38,0
Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?	6	3,4	13	7,3	32	17,9	73	40,8	55	30,7
Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?	9	5,0	16	8,9	33	18,4	58	32,4	63	35,2
Você tem recebido apoio de alguém que o(a) ajuda a melhorar o seu astral?	9	5,0	10	5,6	23	12,8	71	39,7	66	36,9
Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	7	3,9	10	5,6	29	16,2	73	40,8	60	33,5

Tabela 7 – Satisfação do suporte instrumental. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Questão	Nível de Satisfação									
	Muito Insatisfeito		Insatisfeito		Nem satisfeito, nem insatisfeito		Satisfeito		Muito satisfeito	
	N	%	N	%	N	%	N	%	N	%
Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Ex.: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação?)	4	2,2	13	7,3	28	15,6	66	36,9	68	38
Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	14	7,8	26	14,5	32	17,9	62	34,6	45	25,1
Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia a dia? (Exemplo: arrumar a casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer outra coisa?)	14	7,8	8	4,5	23	12,8	79	44,1	55	30,7
Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde? (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou...?)	7	3,9	9	5	27	15,1	61	34,1	75	41,9
Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão as coisas que você precisa em seu dia a dia? (Exemplo: alimentos, objetos como roupas, produtos de higiene pessoal, entre outras coisas?)	11	6,1	10	5,6	45	25,1	67	37,4	46	25,7
Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?	6	3,4	11	6,1	25	14	68	38	69	38,5

Com relação às questões da Tabela 4, dos 179 entrevistados, 57% referiram sempre terem apoio para se sentirem valorizados(as) como pessoa; 39,1% sempre recebiam apoio para desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à enfermidade; 34,1% referiram sempre receberem informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde; 49,7% tinham recebido apoio de alguém que fazia se sentirem integrados socialmente sempre; 49,7% sempre tinham recebido ajuda para melhorar o astral; 41,3% sempre tinham recebido apoio para companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer.

No que se refere aos itens de suporte instrumental, 44,7% responderam sempre receberem apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do tratamento de saúde; 47,5% nunca receberam apoio em questões financeiras; 37,4% sempre receberam apoio de alguém em atividades práticas do dia a dia; 47,5% tinham recebido apoio de alguém em relação ao próprio cuidado de saúde; 47,5% nunca receberam apoio no que se refere às coisas que precisavam no dia a dia, como alimentos e roupas; 55,3% sempre receberam apoio para contar em caso de necessidade (Tabela 5).

Quanto à satisfação com o suporte emocional, 45,3% estavam “muito satisfeitos” com o suporte recebido para enfrentar melhor o seu problema de saúde; 45,3% disseram estar “muito satisfeitos” quando questionados acerca do apoio recebido para se sentirem valorizados como pessoa; 38% responderam “muito satisfeitos” sobre o apoio recebido para desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade; 40,8% estavam “satisfeitos” com o apoio para receber informações; 35,2% estavam “muito satisfeitos” com o apoio para se sentirem integrados socialmente; 39,7% estavam “satisfeitos” com a ajuda para melhorar seu astral; e 40,8% responderam “satisfeitos” com o apoio recebido para se divertir ou fazer atividades de lazer (Tabela 6).

Na Tabela 7, 38% dos participantes da pesquisa estavam “muito satisfeitos” com o apoio recebido em situações concretas, que facilitam o tratamento de saúde; 34,6% estavam “satisfeitos” com o apoio de alguém em questões financeiras; 44,1% estavam “satisfeitos” com o apoio de alguém em atividades práticas do dia a dia; 41,9% estavam “muito satisfeitos” com o apoio de alguém em relação ao autocuidado; 37,4% estavam muito “satisfeitos” com o apoio de pessoas que lhes davam coisas necessárias ao dia a dia; 38,5% estavam “muito satisfeitos” com o apoio recebido em caso de necessidade.

As fontes de suporte social emocional e instrumental mencionadas pelos participantes estão apresentadas na Tabela 8.

Tabela 8 – Análise de frequência das fontes de suporte social emocional e instrumental mencionadas pelos participantes. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Fontes de suporte	Emocional			Instrumental		
	N	%	p	N	%	p
Esposa(o), Companheira(o), namorada(o)	75	41,90	0,61	82	45,81	0,44
Familiares que residem com o paciente	61	34,08	0,84	51	28,49	0,42
Familiares que não residem com o paciente	60	33,52	0,34	49	27,37	0,31
Amigo(s)	53	29,61	0,38	33	18,44	0,16
Colega(s) de trabalho	15	8,38	0,49	10	5,59	0,13
Vizinho(s)	17	9,50	0,25	12	6,70	0,86
Profissionais de saúde	34	18,99	0,73	33	18,44	0,01
Outro(s)	11	6,15	0,96	17	9,50	0,60

*Teste qui-quadrado

Observou-se que as fontes não diferiram de acordo com a modalidade de suporte. A fonte de suporte instrumental mais frequente foi o(a) parceiro(a) – cônjuge, companheiro(a), ou namorado(a), seguido de familiares que residiam com a pessoa, familiares que não residiam com a pessoa e amigos. Na categoria outros, os participantes fizeram referência à comunidade ou prefeitura, posto de saúde, comunidade terapêutica, Deus, vizinho, médico, Iar Acalanto (Organização Não Governamental).

Quanto ao suporte emocional, a fonte mais citada foram os companheiros(as), seguidos(as) dos familiares que residiam com a pessoa, familiares que não residiam com a pessoa e amigo(s), repetindo os achados do suporte emocional. Na categoria outros foram feitas referências a igreja e colegas de profissão.

Na Tabela 9 apresenta-se a estatística descritiva das dimensões do suporte social e do suporte social total por meio da média aritmética da pontuação. Assim, no que se refere às dimensões de suporte social instrumental e emocional recebido, as médias oscilaram entre 3,46 ($\pm 0,89$) a 3,84 ($\pm 0,84$), respectivamente. As médias indicaram que os participantes obtiveram disponibilidade das duas modalidades de suporte.

Tabela 9 – Estatística descritiva das dimensões do suporte social e suporte social total (Média aritmética da pontuação). Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Dimensões Suporte social	Média	DP	Intervalo interquartil			Pontuação		Alfa de Cronbach	p**
			25	50	75	Min	Máx		
Emocional*	3,84	0,89	3,25	4,00	4,50	1,00	5,0	0,911	0,000
Instrumental*	3,46	0,84	2,83	3,58	4,16	1,08	5,0	0,839	0,004
Suporte Social total*	3,65	0,79	3,12	3,75	4,20	1,04	5,0	0,918	0,000

* Obtido pela média aritmética das respostas (SEIDL e TRÓCCOLI, 2006).

** Teste Kolmogorov-Smirnov.

A consistência interna da Escala para avaliação do suporte social em HIV/aids para as duas dimensões e para o suporte social total foram satisfatórias, variando de $\alpha = 0,84$ a $\alpha = 0,92$.

Apresentam-se os histogramas com as médias aritméticas das dimensões do suporte social emocional (Figura 1) e instrumental (Figura 2), e do suporte social total (Figura 3).

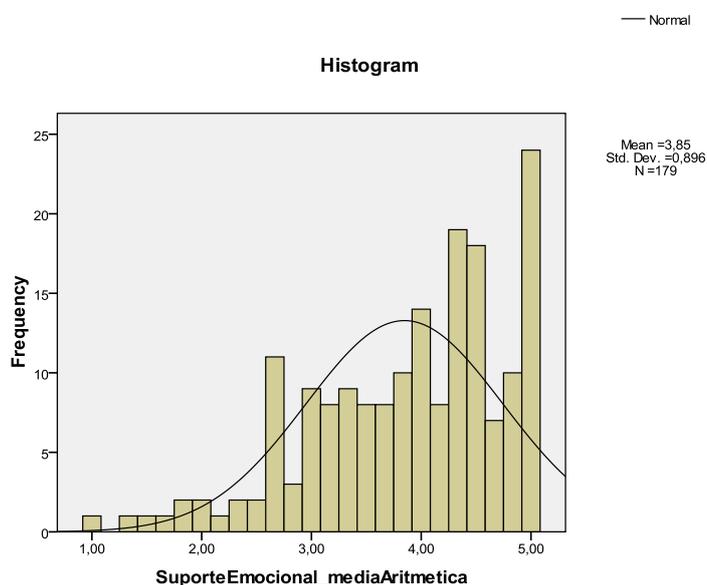


Figura 1 – Distribuição da média aritmética da dimensão emocional do suporte social. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

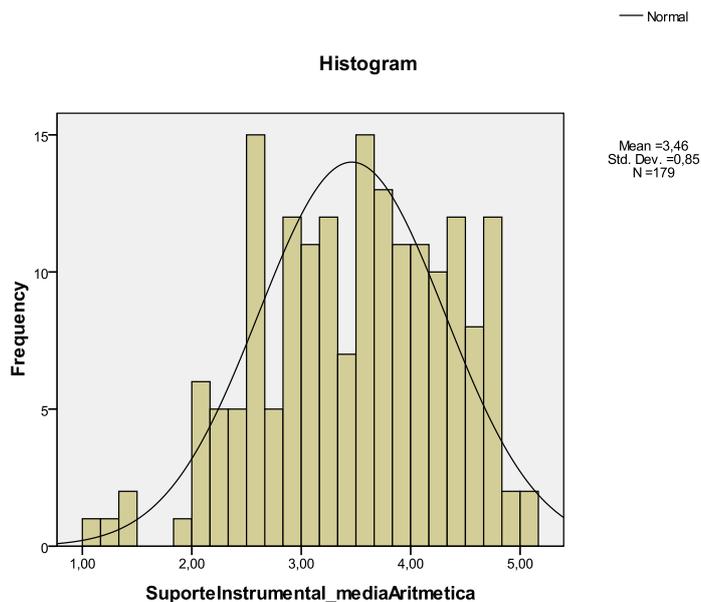


Figura 2 – Distribuição da média aritmética da dimensão instrumental do suporte social. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

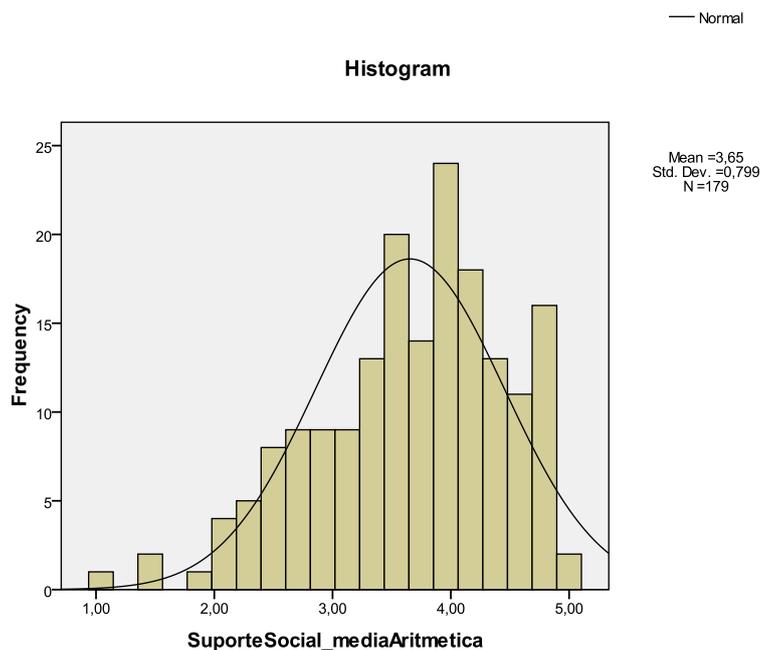


Figura 3 – Distribuição da média aritmética do suporte social total. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

De acordo com as Figuras 1 e 3, as médias das respostas da dimensão de suporte social emocional e suporte social total apresentam aderência a uma distribuição anormal ou assimétrica. E a dimensão instrumental apresentou uma distribuição simétrica.

Na Tabela 10 apresentam-se as dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e o suporte social total, as quais foram categorizadas por tercís.

Tabela 10 – Distribuição dos pacientes em TARV, segundo apoio social percebido. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Dimensões Suporte Social*	N	%
Dimensão Emocional		
Baixo Suporte Emocional	61	34,1
Médio Suporte Emocional	48	26,8
Alto Suporte Emocional	70	39,1
Dimensão Instrumental		
Baixo Suporte Instrumental	66	36,9
Médio Suporte Instrumental	56	31,3
Alto Suporte Instrumental	57	31,8
Suporte Social Total		
Baixo Suporte Social	61	34,1
Médio Suporte Social	58	32,4
Alto Suporte Social	60	33,5

* Corte por Tercil.

A dimensão suporte instrumental e o suporte social total apresentaram baixo suporte, respectivamente 36,9% e 34,1%, enquanto que na dimensão emocional os participantes apresentaram alto suporte emocional (39,1%).

3.3 Caracterização do CEAT-VIH

A consistência interna do CEAT-VIH foi considerada satisfatória ($\alpha=0,78$). A pontuação do CEAT-VIH apresentou uma distribuição assimétrica, segundo o teste Kolmogorov-Smirnov.

Conforme as respostas ao CEAT-VIH, os participantes do presente estudo apresentaram uma pontuação média de 75,59 pontos, com desvio padrão de 7,68. Quanto ao grau de adesão, 46,4% apresentaram adesão baixa/insuficiente, 36,9%, adesão boa/adequada e 16,8%, adesão estrita. No que se refere à classificação de com adesão e não aderentes, 83,2% (n=149) foram definidos como não aderentes e 16,8% (n=30), como aderentes (ZUGE, 2013; PRIMEIRA, 2013).

3.4 Relação entre variáveis sociodemográficas, clínicas e suporte social

Na Tabela 11 foi realizada a relação entre as dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e o suporte social total, segundo as características sociodemográficas (Idade, Sexo, Raça, Escolaridade, Situação conjugal, Número de filhos, Emprego e Renda).

Tabela 11 – Descrição das dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e o suporte social total, segundo as características sociodemográficas. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Variáveis sociodemográficas	Suporte Social Emocional			Suporte Social Instrumental			Suporte Social Total		
	M	DP	P	M	DP	p	M	DP	p
Idade (tercis)									
22 a 37 anos	3,84	0,89	0,199**	3,45	0,76	0,855**	3,64	0,70	0,126**
38 a 46 anos	3,80	0,96		3,51	0,89		3,66	0,86	
47 a 77 anos	3,88	0,86		3,43	0,89		3,66	0,84	
Sexo									
Masculino	3,9	0,93	0,277*	3,48	0,85	0,778*	3,69	0,087	0,464*
Feminino	3,8	0,85		3,42	0,84		3,60	0,762	
Raça									
Branca	3,8	0,80	0,233**	3,49	0,82	0,185**	3,66	0,777	0,218**
Preta	4,0	0,85		3,57	0,96		3,80	0,864	
Parda	3,5	0,92		3,07	0,85		3,80	0,295	
Indígena	4,2	0,82		3,42	0,24		3,79	0,295	
Escolaridade									
Não estudou	3,7	0,79	0,289**	3,82	0,73	0,495**	3,80	0,645	0,551**
Ensino fundamental compl./incompl.	3,9	0,90		3,51	0,82		3,70	0,645	
Ensino médio compl./incompl.	3,7	0,89		3,43	0,86		3,57	0,819	
Ensino superior compl./incompl. pós-graduação	3,8	0,93		3,26	0,84		3,56	0,781	
Situação conjugal									
Convive com	4,1	0,74	0,002*	3,59	0,73	0,033*	3,82	0,652	0,002*
Sozinho	3,6	0,98		3,37	0,92		3,48	0,882	
Número de filhos									
Nenhum filho	3,9	0,87	0,073**	3,33	0,93	0,490**	3,73	0,757	0,131**
Um filho	3,9	0,86		3,48	0,81		3,76	0,718	
2 a 4 filhos	3,6	0,93		3,52	0,79		3,48	0,871	
5 ou mais filhos	3,9	0,70		3,33	0,91		3,92	0,618	
Emprego			0,105*			0,757*			0,489*

Variáveis sociodemográficas	Suporte Social Emocional			Suporte Social Instrumental			Suporte Social Total		
	M	DP	P	M	DP	p	M	DP	p
Sim	4,0	0,85		3,85	0,71		3,60	0,803	
Não	3,7	0,91		3,63	0,81		3,74	0,779	
Renda									
Até 2 salários	3,8	0,89	0,546*	3,53	0,83	0,052*	3,67	0,798	0,434*
Mais de 2 salários	3,9	0,89		3,25	0,85		3,57	0,792	

* Teste Mann-Whitney; ** Teste Kruskal-Wallis

Em relação ao suporte social emocional, os pacientes que conviviam com alguém apresentaram médias mais elevadas em comparação às pessoas que viviam sozinhas, apontando que o fato de conviver com alguém na situação conjugal teve associação significativa com suporte social emocional ($p=0,002$). Da mesma forma, no que se refere ao suporte instrumental, conviver com outras pessoas relacionou-se significativamente ($p=0,022$) com ajuda material, financeira e operacional nas questões do cotidiano.

Na Tabela 12 foi realizada a relação entre as dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e o suporte social total, segundo as características clínicas e comportamentais (Forma de transmissão, Infecção oportunista, Medicamentos psiquiátricos, Mudança no estilo de vida, CD4, Carga Viral, Propensão para o alcoolismo, Tempo de diagnóstico, Adesão ao tratamento – Tercil, e Adesão ao tratamento – Bivariada).

Tabela 12 – Descrição das dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e o suporte social total, segundo variáveis clínicas e comportamentais. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Variáveis clínicas e comportamentais	Suporte Social Emocional			Suporte Social Instrumental			Suporte Social Total		
	M	DP	P	M	DP	p	M	DP	p
Formas de transmissão			0,535**			0,063**			0,514**

Variáveis clínicas e comportamentais	Suporte Social Emocional			Suporte Social Instrumental			Suporte Social Total		
	M	DP	P	M	DP	p	M	DP	p
Drogas injetáveis	3,54	0,766		3,83	0,471		3,69	0,147	
Transmissão sexual	3,87	0,788		3,40	0,810		3,63	0,735	
Desconhecida	4,06	0,687		3,51	0,681		3,78	0,617	
Infecção oportunista									
Sim	3,81	0,733	0,804*	3,42	0,827	0,135*	3,61	0,682	0,496*
Não	3,98	0,793		3,45	0,730		3,72	0,715	
Medicações psiquiátricas									
Sim	3,96	0,75	0,261*	3,63	0,728	0,633*	3,80	0,675	0,339*
Não	3,88	0,775		3,40	0,782		3,64	0,702	
Mudança estilo de vida									
Sim	3,78	0,781	0,217*	3,43	0,868	0,699*	3,61	0,748	0,383*
Não	4,01	0,737		3,44	0,674		3,73	0,643	
CD4									
Até 50	3,81	0,756	0,434**	3,39	0,774	0,740**	3,60	0,741	0,483**
51 a 350	3,82	0,715		3,37	0,753		3,60	0,618	
Maior ou igual a 351	3,94	0,805		3,47	0,804		3,71	0,745	
Carga Viral									
Até 50	3,94	0,790	0,723**	3,47	0,615	0,651**	3,68	0,729	0,483**
401 a 30.000	4,06	0,491		3,43	0,820		3,87	0,510	
30.001 e mais	3,31	0,795		3,68	0,665		3,22	0,619	
Propensão para o alcoolismo									
Não	4,05	0,745	0,127*	3,13	0,520	0,113*	3,82	0,692	0,179*
Sim	3,64	0,738		3,59	0,786		3,41	0,637	
Tempo diagnóstico									
≤ 5 anos	3,96	0,586	0,259**	3,37	0,613	0,337**	3,66	0,490	0,245**
6 a 10 anos	3,89	0,942		3,46	0,957		3,68	0,878	

Variáveis clínicas e comportamentais	Suporte Social Emocional			Suporte Social Instrumental			Suporte Social Total		
	M	DP	P	M	DP	p	M	DP	p
≥ 11 anos	3,78	0,714		3,52	0,690		3,58	0,724	
Adesão ao tratamento (Tercil)									
Adesão baixa/insuficiente	3,67	0,805	0,013**	3,38	0,749	0,157**	3,53	0,700	0,033**
Adesão insuficiente/regular	3,97	0,934		3,59	0,943		3,79	0,866	
Adesão estrita	4,01	0,972		3,44	0,910		3,69	0,872	

* Teste Mann-Whitney; ** Teste Kruskal-Wallis

Das variáveis avaliadas na Tabela 12, evidenciou-se que, ao analisar a relação entre a relação das dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e o suporte social total, apenas a variável Adesão ao tratamento (tercil) apresentou significância, uma vez que os pacientes com adesão estrita ao tratamento apresentaram significativamente médias mais altas de suporte emocional ($p=0,013$) e os pacientes com adesão insuficiente/regular ao tratamento apresentaram significativamente médias mais altas de suporte social total ($p=0,033$). E em relação ao suporte instrumental não foi evidenciada relação estatística significativa em relação às variáveis clínicas e comportamentais.

3.5 Relação entre adesão ao TARV e suporte social

Na Tabela 13, apresenta-se a correlação de Spearman entre adesão ao TARV (Tercil) e as dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e suporte social total.

Tabela 13 – Correlação de Spearman entre adesão ao TARV e as dimensões do suporte social (emocional e instrumental) e suporte social total. Santa Maria/RS, Brasil, 2012

Variáveis	AT	SE	SI	SST
Adesão ao TARV (AT)	1			
Suporte emocional (SE)	0,248**	1		
Suporte Instrumental (SI)	0,072	0,637**	1	
Suporte social total (SST)	0,185*	0,896**	0,905**	1

*. Correlação é significativa a um nível de 0.05; **. Correlação é significativa a um nível de 0.01.

A adesão ao TARV (tercil) possui correlação baixa e positiva com Suporte Social Emocional ($r=0,248$; $p=0,001$), ou seja, quanto maior a adesão ao tratamento, maior é o suporte emocional recebido. Também foi observada correlação positiva entre adesão ao TARV e o suporte social total ($r=0,185$; $p=0,013$). Não foi evidenciada correlação significativa entre adesão e Suporte Social Instrumental ($r=0,072$; $p=0,336$).

4 DISCUSSÃO

A hipótese deste estudo foi de que os pacientes adultos aderentes ao tratamento apresentavam maior percepção e satisfação com o suporte social recebido, fosse emocional ou instrumental, o que auxiliaria no fortalecimento da adesão ao TARV.

Assim teve-se como objetivo geral avaliar as relações entre *suporte social e adesão ao TARV de pacientes adultos vivendo com HIV/aids*. Os objetivos específicos foram: descrever o suporte social emocional, instrumental e total percebido por pacientes adultos em TARV por meio da “Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/aids”; comparar as médias de suporte social percebido, segundo as variáveis sociodemográficas, econômicas, clínicas e de adesão ao TARV; verificar a correlação entre adesão ao TARV e a percepção de suporte social de adultos que vivem com HIV/aids.

Com a intenção de responder aos objetivos desta dissertação, nesta seção serão discutidos os dados apresentados no capítulo anterior.

4.1 Descrição do suporte social dos pacientes adultos em TARV

Pertinente às questões apresentadas na Tabela 4, relativas ao suporte social emocional recebido, dos 179 participantes da pesquisa, 57% referiram sempre terem apoio para se sentirem valorizados, 49,7% sempre receberem ajuda para melhorar o astral e 46,9% responderam sempre receberem ajuda de alguém para enfrentarem melhor o seu problema de saúde.

A partir da descoberta do diagnóstico do HIV/aids, a rotina de vida das pessoas necessita ser reestruturada a essa nova condição de saúde; nesse sentido, a ajuda dos familiares próximos, marido e filhos é importante para que as pessoas que vivem com HIV/aids não se sintam sozinhas no enfrentamento das demandas decorrentes da doença crônica (GALVÃO; PAIVA, 2011).

Receber apoio para se sentir valorizado e melhorar o astral são fundamentais para a manutenção da autoestima. A autoestima elevada faz com que as pessoas que vivem com HIV/aids se percebam de forma positiva, com importantes implicações na saúde mental. Indivíduos solteiros recebem menos apoio familiar, implicando em menor suporte para o enfrentamento do viver com HIV/aids e pior autoestima (CASTRIGHINI, et al., 2013).

Quanto às questões relacionadas ao suporte instrumental (Tabela 4), 55,3% dos respondentes sempre podiam contar com alguém em situações de necessidade. Entretanto, 47,5% nunca receberam apoio em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, auxílio para alimentação ou compra de produtos de higiene.

Dentre esses fatores, o apoio em questões financeiras, principalmente o auxílio para alimentação, é fundamental para a adesão ao TARV. O tratamento antirretroviral exige uma alimentação saudável para minimizar os efeitos colaterais. Porém, a falta de recursos financeiros impede que as pessoas que vivem com HIV/aids se alimentem adequadamente, uma vez que elas necessitam optar por se alimentar bem ou alimentar toda a família (TEIXEIRA; SILVA, 2008. SAMUELS; RUTENBERG; 2011).

Quanto ao autocuidado, 47,5% dos participantes da pesquisa sempre recebiam ajuda para fazer um exame ou companhia para as consultas. Nesse sentido, as pessoas que vivem com HIV/aids devem aderir ao acompanhamento ambulatorial para se beneficiar dos regimes terapêuticos para o HIV. O suporte familiar está diretamente relacionado ao não comparecimento às consultas médicas (BOFILL, et al., 2011).

Os resultados da análise sobre o grau de satisfação em relação aos apoios recebidos, que variava de muito insatisfeito a muito satisfeito, demonstraram que a maioria das respostas foram nos itens 4 (satisfeito) e 5 (muito satisfeito). Fato que demonstra que maior parte dos participantes percebia disponibilidade e estava satisfeita com o suporte emocional e instrumental, a exemplo de outros estudos (REZENDE; SANTOS, 2007; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

A satisfação com o suporte social recebido é um importante preditor da adesão, revelando a necessidade de acessar a percepção de suporte social de cada indivíduo, a fim de compreender suas necessidades e ter êxito na adesão aos regimes terapêuticos (VYAVAHARKAR, 2007).

As fontes de apoio mais citadas de suporte emocional foram os companheiros(as), seguidos(as) dos familiares que residiam com a pessoa, familiares que não residiam com a pessoa e amigo(s), repetindo os achados do suporte emocional. Na categoria outros foram feitas referências a igreja e colegas de profissão.

O suporte do parceiro configura-se em uma fonte de apoio emocional positivo, que contribui para qualidade de vida e longevidade. O fato de ter um parceiro ao longo da vida é muito importante para as pessoas que vivem com HIV/aids (RAO, et al., 2012; EDWARDS; IRVING; HAWKINS, 2011).

A espiritualidade e religião são importantes para muitas PVHAs e têm sido definidas como um fenômeno multidimensional, o qual melhora a qualidade de vida, por meio de fatores mediadores (comportamentos saudáveis, otimismo e apoio social). O apoio religioso ajuda as pessoas a lidarem com o estresse, especialmente o estigma e discriminação (SZAFLARKI, 2011).

Peter, et al. (2014) aponta que a espiritualidade, o suporte de amigos e da família são positivamente associados à qualidade de vida. A afiliação em organizações sociais foi associada significativamente com o domínio relações sociais ($p=0,044$), quem está engajado em alguma organização social apresenta maior número de relações pessoais e conseqüentemente suporte social.

Para Silva, Saldanha e Azevedo (2010), pessoas com ampla rede de apoio social enfrentam a doença com menos sofrimento psíquico e aderem ao tratamento de forma mais permanente. Considerando-se a situação conjugal, os participantes que eram casados ou acompanhados apresentaram melhor qualidade de vida. Esses resultados demonstram a importância do suporte social e afetivo no contexto da aids e da influência desse suporte na avaliação das pessoas sobre sua qualidade de vida.

Neste estudo, a principal fonte tanto de suporte emocional quanto de suporte instrumental foi o(a) parceiro(a). Porém, outro estudo destaca que a família é a fonte mais acionada nas crises de saúde e, somente na impossibilidade de ajuda da família, serviços formais e amigos são acionados. O suporte fornecido por amigos é voluntário, baseado em gratificações mútuas, e é fundamental por ser uma reafirmação da pessoa que o recebe (SILVEIRA; CARVALHO; 2011).

A fonte de suporte instrumental mais frequente foi o(a) parceiro(a) – cônjuge, companheiro(a), ou namorado(a), seguidos de familiares. Na categoria outros, os

entrevistados mencionaram como fontes de suporte instrumental a comunidade ou prefeitura, posto de saúde, comunidade terapêutica, Deus, vizinho, médico, Lar Acalanto (Organização Não Governamental). Como fontes de suporte emocional na categoria outros, foram feitas referências a igreja e colegas de profissão.

Os achados acima citados divergem dos encontrados no estudo de Seidl e Tróccoli (2006), no qual a principal fonte suporte emocional referida foram os profissionais de saúde, seguida dos amigos, dos familiares que não residiam com o paciente e do(a)s parceiro(a)s. Na categoria *outros* também foram feitas referências a entidades religiosas e a pessoas soropositivas que frequentavam as ONGs e aos grupos de pacientes em acompanhamento psicológico.

A família é uma fonte de apoio instrumental, que contribui com recursos financeiros para o sustento, principalmente para aqueles indivíduos sem renda fixa ou emprego. Esses recursos são essenciais para a satisfação das necessidades básicas do ser humano, sem os quais estas pessoas não teriam condições de sobreviver. O apoio das pessoas próximas, em especial a família, motiva as pessoas que vivem com HIV/aids a seguirem suas vidas, mesmo diante de uma doença incurável, oferecendo-lhes segurança para o cuidado de si e busca de estratégias para se adaptar à nova vida (CAIXETA, et al., 2011).

No presente estudo, Deus foi citado como uma das fontes de suporte social. As crenças espirituais são preditoras de desfechos em saúde. Nesse sentido, uma visão positiva de Deus é preditora significativa de progressão lenta da doença (maior contagem de células CD4 e controle da carga viral), enquanto que uma visão negativa de Deus prediz rápida progressão da doença (IRONSON, et al., 2011).

A participação em grupos de atividades sociais (ONGs, grupos religiosos, atividades físicas) contribui para uma melhor qualidade de vida. Nesse sentido, as pessoas com ampla de rede de apoio social enfrentam a doença com menos sofrimento psíquico e adesão mais permanente ao tratamento, uma vez que o suporte social está associado com a estima ou ajuda que um indivíduo sente receber (SILVA; SALDANHA, AZEVEDO, 2010).

Neste estudo, ao realizar a relação entre as variáveis sociodemográficas e o suporte social, verificou-se relação significativa com a situação conjugal, para as duas dimensões do suporte social e para o suporte social total. Indivíduos com parceiro(a) apresentaram maior satisfação com ambas as modalidades de suporte. Aqueles que relataram maior disponibilidade e satisfação com o suporte emocional

apresentaram melhores condições de funcionamento das esferas cognitiva, afetiva e dos relacionamentos sociais (SEIDL; ZANON; TRÓCCOLI, 2005; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Dantas; Pelegrino; Garbin (2007), em estudo com objetivo de mensurar o apoio de pacientes com insuficiência cardíaca, que é uma doença crônica como a aids, encontraram como fontes mais citadas, primeiramente, os familiares que não residiam com a pessoa, seguindo-se os familiares que moravam junto com o paciente e o cônjuge ou companheiro(a). Na categoria “outros”, os participantes fizeram referência a pessoas de instituições religiosas como fonte de apoio.

Forouzan et al. (2013) considera as interações da rede social como uma fonte potencial de apoio. Quanto à composição das redes de pessoas que vivem com HIV/aids, a maioria dos participantes mencionaram parentes (como pais, irmãos, companheiro(a), etc.) como parte da sua rede de apoio (98,6%). Entre os parentes, os mais citados foram os irmãos (20,5%), e, como não parentes, os mais citados foram os amigos (20,2%). A média de apoio da família foi mais elevada que a do apoio dos amigos.

Honarvar (2010) destaca que o número de membros da família e a situação conjugal são preditores de suporte social, uma vez que o suporte familiar melhora as condições psicológicas e sociais do indivíduo. Este suporte pode ajudar a aumentar os níveis de adesão ao tratamento e prevenir a transmissão da doença. Nesse sentido, intervenções como o aconselhamento podem aumentar comportamentos suportivos dos familiares de pessoas vivendo com HIV/aids.

Na avaliação do tipo de suporte social recebido, verificou-se que o suporte social emocional obteve pontuação do escore mais elevada. Tal achado foi semelhante ao estudo de Giovelli (2009), que utilizou a mesma escala de avaliação de suporte social, no qual observou-se maior pontuação na dimensão do suporte emocional, evidenciando que este tipo de suporte é o mais recebido por pessoas que vivem com HIV/aids.

Na distribuição dos pacientes em TARV, segundo o apoio recebido, 34,1% dos entrevistados apresentaram baixo suporte social total. Nesse sentido, umas das características dos pacientes que possuem baixo suporte social é apresentarem uma piora no seu contexto de saúde, podendo acarretar níveis de dor mais elevados, um pior funcionamento físico, uma dificuldade maior nas atividades diárias, pior funcionamento cognitivo, menor qualidade de vida, e apresentam pior

saúde física e emocional do que aqueles sujeitos com nível de apoio social normal ou alto (REMOR, 2002).

Quanto ao suporte social, a distribuição dos escores referentes ao suporte emocional ($F=3,46$; $S=0,89$) e suporte instrumental ($F=3,84$; $S=0,84$) indicaram que os participantes obtiveram disponibilidade e satisfação com essas modalidades de apoio, a exemplo de outros estudos (SEIDL; ZANON; TRÓCCOLI, 2005; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

A consistência interna das Escala para avaliação do suporte social em HIV/aids para as duas dimensões e para o suporte social total foram satisfatórias, variando de $\alpha= 0,84$ a $\alpha=0,92$. Tal achado indica que a escala tem ampla aplicabilidade, uma vez que valores acima de 0,70 são confirmativos para este fim (BISQUERRA; SARRIERA; MARTÍNEZ, 2004).

Para o suporte instrumental, não foi evidenciada relação estatística significativa quanto às variáveis clínicas e comportamentais. Convergente com Seidl; Zanon; Tróccoli (2005), que não obteve diferença nas médias das duas modalidades de suporte segundo a condição clínica.

Os pacientes com adesão estrita ao tratamento apresentaram médias significativamente mais altas de suporte emocional ($p=0,013$) e os pacientes com adesão insuficiente/regular do tratamento apresentaram médias significativamente mais baixas de suporte total ($p=0,033$).

Convergente com Seidl, et al.(,) (2007), que verificou que pessoas com adesão satisfatória percebiam mais disponibilidade e estavam mais satisfeitas com o suporte social. Dessa forma, o apoio social insuficiente parece afetar negativamente a adesão. A opção pelo sigilo do diagnóstico leva ao afastamento de pessoas que poderiam prover apoio, e os profissionais de saúde devem estar atentos a estes aspectos, a fim de disponibilizar escuta para auxiliá-los a consolidar apoios consistentes e positivos, com vistas à adesão e qualidade de vida.

4.2 Correlação entre adesão ao TARV e percepção de suporte social

Nesta pesquisa, observou-se correlação baixa e positiva com o suporte emocional e correlação positiva entre adesão e suporte social total. Convergente

com Calvetti, et al. 2014), que aponta que pessoas com altos escores de suporte emocional apresentam maiores taxas de adesão e qualidade de vida. O suporte social e o tratamento antirretroviral têm impacto nas condições físicas, promovendo aumento na resposta imunológica e na qualidade de vida. A rede social é um fator de proteção à saúde, no que tange ao tratamento e à qualidade de vida desta população.

As dificuldades em aderir ao tratamento podem estar relacionadas ao paciente (presença de transtornos mentais, suporte social deficitário), ao regime terapêutico (complexidade do tratamento), às características da doença, ao relacionamento entre paciente e profissional de saúde, além do contexto terapêutico (dificuldade de acesso a serviços adequados de saúde) (SCAMARDI, et al., 2013).

Assim, o suporte social inadequado e comunicação ineficaz com os provedores de cuidado podem afetar a adesão ao TARV. Tanto o suporte emocional quanto o suporte informacional foram significativamente associados aos níveis de adesão. A qualidade dos relacionamentos e a da comunicação médico-paciente foram associadas com a adesão ao horário de medicação (SERVELLEN, 2005).

A compreensão de como o suporte social se correlaciona com a adesão ao TARV em pessoas vivendo com HIV/aids poderia ajudar os profissionais de saúde a melhor assistirem essas pessoas para enfrentarem melhor a doença, viverem mais e evitarem a resistência aos antirretrovirais. Ter suporte emocional e estar empregado são preditores de adesão, enquanto que possuir sintomas de HIV está associado a ser pouco aderente (COX, 2002).

No que se refere às barreiras para a não adesão, tem-se barreiras inter-relacionadas nos individual, da família, social e dos sistemas de saúde. As barreiras familiares e sociais contemplam falta de suporte familiar e medo de discriminação, bem como as necessidades básicas não atendidas, como alimentação e abrigo. Quanto aos serviços de saúde, tem-se a percepção do hospital como um ambiente hostil ou pouco amigável, serviços de aconselhamento inadequados e com falta de confidencialidade ou privacidade. As barreiras individuais foram ser usuário de drogas, falta de autoeficácia para adesão ao TARV, pouca motivação para iniciar o tratamento decorrente de uma atitude fatalista e conhecimento inadequado sobre os antirretrovirais (CHAKRAPANI, et al., 2014).

Montoya, et al.(2014), destaca como barreiras à adesão: uso de drogas ilícitas, crenças equivocadas sobre a adesão ao TARV, dificuldades de memória e

planejamento, estigma e problemas de saúde mental. Quanto aos fatores facilitadores da adesão, tem-se estratégias cognitivas compensatórias, promoção de bem-estar, suporte de cuidados em saúde, educação para a adesão e suporte social.

Ainda as restrições econômicas, estigma e discriminação, jejum, efeitos colaterais dos medicamentos e insatisfação com os serviços de saúde foram os principais motivos para os pacientes serem não aderentes ao TARV e não realizarem acompanhamento clínico-ambulatorial. A revelação do diagnóstico, o suporte social, uso de lembretes, responsabilidade pela criação dos filhos, melhoria da saúde pelos antirretrovirais, receber educação em saúde e aconselhamento surgiram como facilitadores à adesão ao TARV. Os profissionais de saúde necessitam desenvolver educação em saúde para que o paciente tenha um melhor enfrentamento da doença e das questões relacionadas ao TARV, elevando os níveis de adesão (BEZABHE, et al., 2014).

Remor, et al. (2007) observou associações estatisticamente significativas para as expectativas e otimismo em relação ao tratamento e percepção de dificuldades, com maior grau de adesão ao tratamento. Ou seja, os indivíduos com expectativas positivas e otimistas em relação ao tratamento e aqueles que não perceberam dificuldades apresentaram um maior grau de cumprimento do tratamento. Por outro lado, a percepção de mudanças (positivas ou negativas) não foi associada de forma significativa à adesão ao tratamento. Entre os fatores que dificultam a adesão a um tratamento tão complexo e por tempo indefinido, citam-se isolamento social, estresse, preconceito, falta de informação e a consequente falta de apoio afetivo e social e de um serviço de saúde acessível. Portanto, promover um sentido de esperança ou gerar expectativas positivas com o tratamento nos pacientes HIV-positivos pode ser importante, pois, ao surgirem dificuldades, as expectativas favoráveis e otimistas incrementam os esforços das pessoas para alcançar os objetivos, por exemplo, tomar regularmente as medicações (HUYNH, et al., 2013).

Neste estudo não foi encontrada correlação entre suporte social instrumental e adesão. Divergente de Hanif, et al. (2013), que aponta associação positiva entre suporte instrumental e adesão. Os participantes do estudo com maior nível socioeconômico obtiveram maior suporte instrumental, como ajuda para obtenção de medicamentos, realização de tarefas ou ir ao médico. Fato que se justifica devido aos familiares e amigos também possuírem maior nível socioeconômico, o que lhes

permite fornecer suporte instrumental quando necessário. É possível que aqueles que sofrem de privações materiais não tenham capacidade de acessar os tipos de suporte necessários do seu entorno social, devido à falta de recursos disponíveis.

Wasti, et al. (2012) aponta que entre as dificuldades de adesão destaca-se a falta de suporte instrumental, pelas dificuldade financeiras. No que se refere aos fatores que facilitaram a adesão, encontram-se o apoio familiar, a autoeficácia e o desejo de viver por mais tempo. Há necessidade de correção dos fatores que interferem na adesão, promovendo apoio financeiro, ampliação do acesso aos pontos de dispensação de medicamentos e relações de confiança com os prestadores de cuidado.

Nesse sentido, o suporte social desempenha um papel essencial na moderação do *stress* relacionado ao processo saúde/doença, envolvendo questões como medo da morte, abandono pela família e amigos, perda de emprego e respostas sociais por ser soropositivo para o HIV (CALVETTI, et al., 2014). A principal fonte de estresse percebida entre pessoas vivendo com HIV/aids é a discriminação, que pode ser reduzida com o suporte social (SU, et al., 2012).

Identificou-se que fatores como a falta de suporte social e saúde mental deteriorada são importantes barreiras para a adesão. O suporte social foi associado significativamente com bem-estar mental e adesão. Assim como o estado mental media a relação entre o suporte social e a adesão. Esses achados sugerem que o suporte social promove bem-estar mental em pessoas que vivem com HIV/aids, que conseqüentemente fornece aos indivíduos energia e foco necessários para aderirem aos regimes medicamentosos. Portanto, pacientes com melhor estado de saúde mental acessam mais suporte social da família e amigos, que podem ajudá-los a melhorar a adesão aos medicamentos (HUYNH, et al., 2013).

As alterações psicológicas mais comuns que surgem perante um diagnóstico positivo para o HIV são: estresse, ansiedade e depressão. Os transtornos mentais são mais comuns entre pessoas vivendo com HIV/aids (63%), em comparação com a população em geral (30,5%) (TEGGER, et al., 2008). Porém, na existência de recursos psicológicos e de apoio social para lidar com a situação, a soropositividade ao HIV não supõe um impacto negativo na saúde mental do indivíduo (REIS; LENCASTRE; GUERRA; REMOR, 2010).

A depressão foi significativamente associada com o estigma. O estigma relacionado ao HIV tem um impacto negativo no bem-estar psicossocial das pessoas

vivendo com HIV/aids e o suporte emocional é um fator de proteção contra a depressão; acessar o suporte social dos pacientes torna-se importante, uma vez que exerce efeito protetor na saúde mental (LI, et al., 2009; ATKINS, et al., 2010). O estigma é associado à não revelação do diagnóstico e ao isolamento social, resultando em menor apoio social (SMITH; ROSSETO; PETERSON, 2008).

A alta prevalência de sintomas de depressão nas pessoas vivendo com HIV/aids indica a necessidade de avaliação diagnóstica contínua para esta patologia, principalmente nos pacientes com baixo apoio social. A identificação de fatores associados aos sintomas depressivos permitirá que o enfermeiro desenvolva e implemente intervenções para reforçar o apoio social, incluindo a família e os amigos no tratamento, a fim de atingir níveis satisfatórios de adesão ao TARV (WANG, et al., 2014).

Afolabi, et al. (2013) destaca o papel importante que a família desempenha no processo de adesão, uma vez que os sujeitos que se sentem mais satisfeitos com o suporte recebido apresentam maiores níveis de adesão. No que se refere aos cuidadores, a maioria dos participantes da pesquisa mencionou os companheiros. Isso evidencia a importância de os profissionais de saúde envolverem os familiares, principalmente os companheiros, no processo de cuidado dos pacientes, uma vez que estes desempenham papel fundamental no desenvolvimento de uma postura mais positiva diante da vida, melhorando as taxas de adesão ao tratamento e qualidade de vida.

Neste estudo, possuir companheiro foi fator de proteção na avaliação do suporte social emocional e suporte instrumental, uma vez que o apoio do cônjuge ou parceiro melhora a capacidade cognitiva de lidar com a doença e proporciona melhoria da saúde mental. Intervenções de adesão que facilitem a comunicação entre o casal, estimulem empatia e comportamentos de cuidado do parceiro do paciente infectado pelo HIV podem reduzir o isolamento social e resultar em melhora clínica. Assim, maximizar o suporte recebido de cônjuge ou companheiro e encorajar comunicação positiva entre casais pode melhorar a saúde mental e a adesão ao TARV, habilitando os pacientes a desenvolverem um sentido positivo para a doença (BUSCHER, et al., 2012).

Ibrahim, et al. (2014) apontou como fatores associados à baixa adesão ao TARV estar solteiro, separado ou viúvo, ser mais jovem, do sexo feminino, estar desempregado e saúde percebida como ruim ou muito ruim.

Dimatteo (2004) encontrou correlação do suporte social estrutural e funcional com a adesão do paciente aos regimes medicamentosos. A adesão é 1,74 vezes mais elevada em pacientes com coesão familiar (incluindo zelo, aceitação, proximidade) e 1,53 vezes nas famílias em conflito. O estado conjugal e viver com outra pessoa também são fatores que exercem influência sobre a adesão, indivíduos casados são 1,27 vezes mais aderentes do que os não casados e o risco para não adesão é 1,13 mais alto para os indivíduos solteiros. Convergente com estudo, o risco para a não adesão é 1,35 vezes mais elevado nos pacientes que não recebem suporte emocional.

Não ter tido infecção oportunista apresentou-se como um fator de proteção tanto na avaliação do suporte social emocional quanto de suporte instrumental. De acordo com Silveira e Carvalho (2011), a debilidade provocada pelas doenças oportunistas pode levar à redução da rede em termos de extensão e frequência de contato, uma vez que as sequelas advindas da doença limitam a capacidade de estabelecer contatos afetivos e a interação com os demais membros da rede de suporte.

O apoio à adesão por meio de terapia antirretroviral supervisionada para pessoas empobrecidas iniciando TARV realizado por enfermeiros e agentes comunitários melhora o bem-estar. Entre os tipos de suporte recebidos, os participantes reportaram suporte emocional, suporte instrumental, reconstrução da confiança, habilidade para desempenhar seus papéis sociais, aumentando a autoeficácia, esperança, redução do estigma e habilidade de revelar o diagnóstico. O acompanhamento da ingestão das doses de ART é uma intervenção que pode otimizar a recuperação psicossocial dos indivíduos em início de TARV (SHIN, et al., 2011).

Dentre as limitações do estudo, evidencia-se que o suporte social tem sido mensurado de diferentes formas, dificultando a comparação dos resultados de diferentes estudos. Recomenda-se que sejam realizados outros estudos com delineamento longitudinal e prospectivo, que permitam avançar na compreensão das relações causais entre o suporte social percebido e a adesão ao TARV, o que não foi possível e constituiu uma limitação deste estudo, devido ao seu caráter transversal e retrospectivo.

5 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Este estudo possibilitou evidenciar que o suporte social interfere na adesão ao tratamento antirretroviral, uma vez que apresenta correlação positiva com a adesão ao TARV. O suporte fornecido principalmente pelo parceiro(a) e familiares melhora a saúde mental, proporcionando bem-estar, melhoria da saúde mental, melhor enfrentamento da condição sorológica, manutenção do tratamento e qualidade de vida.

O fato de possuir parceiro(a) estar relacionado significativamente tanto com o suporte emocional quanto com o suporte instrumental evidencia a importância da inclusão dos mesmos nas intervenções de adesão. A comunicação com o cônjuge ou companheiro(a) deve ser estimulada, pois estimula comportamentos de empatia e cuidado com o paciente infectado pelo HIV, repercutindo em melhora clínica.

Acredita-se que a avaliação do suporte emocional poderá contribuir na detecção daqueles indivíduos que terão maiores dificuldades de aderir ao tratamento antirretroviral, possibilitando a elaboração de estratégias de cuidado individuais e coletivas para esta população. Os indivíduos que percebem o suporte social insatisfatório ou indisponível poderão sentir-se incapazes para o enfrentamento da doença e manutenção de comportamentos favoráveis à adesão ao tratamento antirretroviral.

Os resultados refletem a necessidade de desenvolver estratégias para fortalecer o suporte social como um fator de promoção à adesão ao TARV. Nesse sentido, a Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/AIDS é um instrumento que abrange inúmeros itens de avaliação do suporte social, o que permite identificar a disponibilidade e satisfação com o suporte social. Destaca-se a importância da inclusão deste instrumento na assistência às pessoas que vivem com HIV/aids, para identificar aqueles pacientes com suporte social insatisfatório.

Ressalta-se a importância dos profissionais de saúde, uma vez que as instituições de saúde estão entre os poucos lugares em que as pessoas vivendo com HIV/aids revelam seu diagnóstico, pelo medo de preconceito e discriminação. Os profissionais, em especial o enfermeiro, podem ser aliados na elaboração de

estratégias de adaptação a essa nova condição de saúde e no auxílio da revelação do diagnóstico.

O silenciamento da condição sorológica leva ao isolamento e à restrição das redes sociais de apoio. O vínculo profissional-paciente é fundamental para que o paciente não se sinta solitário ou desprotegido e para que o profissional possa compreender o contexto em que esse indivíduo está inserido, para propor planos terapêuticos mais eficazes e os encaminhamentos necessários para a equipe multiprofissional.

Vislumbra-se que a produção deste conhecimento possa contribuir para as práticas de intervenção mediadas por ações de cuidado, promoção e educação em saúde, valorizando as questões psicossociais das pessoas vivendo com HIV/aids em seu cotidiano terapêutico. Destacam-se as consultas de enfermagem individuais ou em grupos como possibilidade de desenvolver uma assistência integral e humanizada, de modo que os adultos recebam apoio para o cuidado à saúde que contemple as dimensões biológica, clínica, social, ética e subjetiva, para viverem melhor e com qualidade.

É fundamental que os profissionais de saúde reconheçam que a adesão é um fenômeno que deve ser trabalhado junto ao paciente de forma sistematizada, com desenvolvimento de ações que favoreçam o suporte social e uma incorporação do tratamento pelo paciente. Para tanto, a equipe de saúde deve conhecer os fatores que possam vir a interferir na disponibilidade e satisfação com o suporte social, sendo imperativo o reconhecimento das especificidades de sua clientela em particular.

Pode-se afirmar que a pesquisa em enfermagem é importante pela sua potencialidade de legitimar o fazer, buscar novas maneiras de cuidado, aproximando as dimensões teóricas e práticas da profissão, contribuindo para a melhoria da qualidade de vida da população, ao mesmo tempo em que dá sustentação à prática profissional.

Além disso, as contribuições para o ensino de enfermagem serão relevantes, uma vez que a publicação em periódicos de enfermagem permitirá aos discentes uma visão mais ampliada dos adultos que vivem com HIV/aids no contexto da adesão. Destacando a importância do papel do enfermeiro nestas ações e da carência de preparo acadêmico para essa temática.

REFERÊNCIAS

AFOLABI, B.A., et al. Roles of family dynamics on adherence to highly active antiretroviral therapy among people living with HIV/AIDS at a tertiary hospital in Osogbo, south-west Nigeria. **Afr. Health Sci.**, v.13, n.4, 2013.

ARAGÃO, E.I.S.; VIEIRA, S.S.; ALVES, M.G.G., et al. Suporte social e estresse: uma revisão da literatura. **Psicologia em foco**, v. 2, n. 1, p. 79-90. 2009.

ATKINS, J.H. Impact of social support on cognitive symptom burden in HIV/AIDS. **AIDS Care**, v.22, n.7, p.793-802, 2010.

BAJUNIRWE, F.; TISCH, D.J.; KING, C.H., et al. Quality of life and social support among patients receiving antiretroviral therapy in Western Uganda. **AIDS Care**, v.21, n.3, p.271-279, 2009

BHARGAVA, A.; BOOYSEN, F.R. Healthcare infrastructure and emotional support are predictors of CD4 cell counts and quality of life indices of patients on antiretroviral treatment in free state province, South Africa. **Aids Care**, v.22, n.1, p.1-9, 2010.

BEZABHE, W.M., et al. Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV-positive patients: a qualitative study from Ethiopia. **PLoS One**, v.9, n.5, 2014.

BISQUERRA R.; SARRIERA, J.C.; MARTÍNEZ, F. **Introdução à estatística: enfoque informático com o pacote estatístico SPSS**. Ed Artmed, Porto Alegre, 2004.

BOFILL, L, *et al.* Demographic and psychosocial factors associated with appointment attendance among HIV-positive outpatients. **AIDS Care**, v.23, n.10, p.1219-1225.

BONOLO, P.F.; GOMES, R.R.F.M.; GUIMARÃES, M.D.C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas de adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, p. 261-78. 2007.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução nº. 196/96**. Diretrizes e Normas Regulamentadoras de Pesquisas envolvendo Seres Humanos. Diário Oficial da República Federativa do Brasil, Brasília, DF, 23/12/96, Seção I, p. 27, 1996.

_____. 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, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília 2010.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Quais são os antirretrovirais**. 2012. Disponível em: <<http://www.aids.gov.br/pagina/quais-sao-os-antirretrovirais>>. Acesso em 10 de maio.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância epidemiológica. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico AIDS/DST**. Brasília, 2013.

_____. Ministério da Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para adultos vivendo com HIV/AIDS**. Brasília, DF. 2014.

BUSCHER, A. Utility of a partner communication scale and a personal meaning scale in newly diagnosed HIV-infected persons. **J. Assoc. Nurses AIDS Care**, v. 24, n.2, 2013.

CAIXETA, C.R.C. Social support for people living with AIDS. **Rev. enferm. UFPE on line**, v.8, n.5, p.1920-1930, 2011.

CALVETTI, P.U, et al. Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/Aids in Brazil. **J. Bras. Psiquiatr.**, v.63, n.1, 2014.

CARVALHO, S.M.; PAES, G.O. A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Cad. Saúde Colet.**, v.19, n. 2, p.157-63. 2011.

CASTRIGHINI, C.C. Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto – SP. **Texto Contexto Enferm.**, v.22, n.4, 2013.

CHAKRAPANI, V., et al. Barriers to antiretroviral treatment access for injecting drug users living with HIV in Chennai, South India. **AIDS Care**, v.26, n.7, 2014.

CIAMBRONE, D. Informal networks among women with HIV/AIDS: present support and future prospects. **Qual. Health Res.**, v.12, n.7, p.876-896, 2002.

COBB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, p. 300-14. 1976.

COLOMBRINI, M.R.C. et al. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 40, n. 4, p. 576-81. 2006.

COSTA, D.A.M.; ZAGO, M.M.F.; MEDEIROS, M. Experiência da adesão ao tratamento entre mulheres com vírus da imunodeficiência humana/Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Acta Paul. Enferm.**, v. 22, n. 5, p. 631-37. 2009.

COX, L.E. Social support, medication compliance and HIV/AIDS. **Soc. Work Health Care**, v.35. n.1, p.425-460, 2002.

DANTAS, R.A.S.; PELEGRINO, V.M.; GARBIN, L.M. Avaliação do apoio social e sua relação com as variáveis sociodemográficas de pacientes com insuficiência cardíaca em seguimento ambulatorial. **Cienc. Cuid. Saúde**, v.6, n.4, p.456-462, 2007.

DIMATTEO, M.R. Social support and patient adherence to medical treatment: a meta-analysis. **Health Psychology**, v. 23, p.207-218, 2004.

EDWARDS, L.V.; IRVING, S.M.; HAWKINS, A.S. Till death do us part: Lived experiences of HIV-positive married African American women. **Qualitative Report**, v.16, n.5, p.1361-1379, 2011.

FEKETE, E.; GEAGHAN, T.R.; DRULEY, J.A. Affective and behavioural reactions to positive and negative health-related social control in HIV+men. **Psychol. Health**, v.24, n.5, p.501-515, 2009.

FIELD, A. **Descobrimos a estatística usando o SPSS**. 2. ed. Porto Alegre: Artmed, 2009.

FOROUZAN, A.S. et al. Social support network among people living with HIV/AIDS in Iran. **AIDS Res. Treat.**, 2013.

FREITAS, J.G., et al. Enfrentamentos experienciado por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 46, n. 3, p. 720-26. 2012.

GALVÃO, M.T.G.; PAIVA, S.S. Vivências pra o enfrentamento do HIV entre mulheres infectadas pelo vírus. **Rev. Bras. Enferm.**, v.64, n.6, 2011.

GARDENIER, D.; ANDREWS, C.M.; THOMAS, D.C., et al. Social support and adherence: differences among clients in and AIDS day health care program. **J. Assoc. Nurses AIDS Care**, v.21, n.1, p.75-85, 2010

GIOVELLI, G. R. M. **Relação entre sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV/Aids**. Dissertação (Mestrado em Psicologia Clínica), Faculdade de Psicologia, Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul, Porto Alegre, 2009.

GOMES, A.M.T.; SILVA, E.M.P.; OLIVEIRA, D.C. Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.19, n.3, 2011.

GONZALES, J.S.; PENEDO, F.J.; ANTONI, M.H., et al. Social support, positive states of mind, and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. **Health Psychol.**, v.23, n.4, 2004.

HALLAL, R; RAVASI, G; KUCHENBECKER, R; GRECO, D; SIMÃO, M. O acesso universal ao tratamento antirretroviral no Brasil. **Revista Tempus Actas em Saúde Coletiva**. v. 4, n. 2, p. 53-6, 2010.

HANIFF, H., et al. Individual and contextual factors of influence on adherence to antiretrovirals among people attending public clinics in Rio de Janeiro, Brazil. **BMC Public Health**, 2013.

HANSEN, N.B.; VAUGHAN, E.L.; CAVANAUGH, C.E.; CONELL, C.M., et al. Health-related quality of life in bereaved HIV-positive adults: relationships between HIV symptoms, grief, social support, and Axis II indication. **Health Psychol.**, v.28, n.2, p.249-257, 2009.

HLONGWANA, K.; MKHIZE, S. HIV/AIDS through the lens of Christianity: perspectives from a South African urban support group. **SAHARA J.**, v.4, n.1, p.556-563, 2007.

HO, C.F.; TWINN, S.; CHENG, K.K. Quality of life constructs of Chinese people living with HIV/AIDS. **Psychol. Health Med.**, v.15, n.2, p.210-219, 2010.

HONARVAR, B. "The knowledge, attitude and behavior of HIV/AIDS patients' family toward their patients before and after counseling". **Iranian Journal of Medical Sciences**, v.35, n.4, p.287-292, 2010.

HOUAISS, A.; VILLAR, M.S. **Dicionário Houaiss de Língua Portuguesa**. Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.

HUYNH, A.K., et al. The role of mental health in mediating the relationship between social support and optimal ART adherence. **AIDS Care**, v.25, n.9, 2013.

IBRAHIM, Y., et al. Poor adherence to antiretroviral therapy and associated factors among people living with HIV in Omdurman city, Sudan. **Malaysian Journal of Public Health Medicine**, v.14, n.1, 2014.

IRONSON, G., et al. View of God as benevolent and forgiving or punishing and judgmental predicts HIV disease progression. **J. Behav. Med.**, v.34, n.6, p.414-425, 2011.

Jointed United Nations Programme on HIV/AIDS (UNAIDS). **Global Report: UNAIDS Report on the Global AIDS Epidemic, 2013**. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/media/unaids/contentassets/documents/epidemiology/2013/gr2013/unaids_global_report_2013_en.pdf>. Acesso em 10 de maio.

JONES, D.L.; ISHII, M.; LAPERRIERE, A., et al. Influencing medication adherence among women with AIDS. **AIDS Care**, v.15, n.4, p.463-474, 2003.

JORGENSEN, M.J.; MARWIT, S.J. Emotional support needs of gay males with AIDS. **AIDS Care**, v.13, n.2, p.171-175, 2001.

KADUSHIN, G. Barriers to social support and support received from their families of origin among gay men with HIV/AIDS. **Health Soc. Work**, v.24, n.3, p.198-209, 1999.

KALICHMAN, S.C.; BENOTSCH, E.G.; WEINHARDT, L., et al. Health-related internet use, coping, social support, and health indicators in people living with HIV/AIDS: preliminary results from a community survey. **Health Psychol.**, v.22, n.1, p.111-116, 2003.

KRUG, R.; KARUS, D.; SELWYN, P.A., et al. Late-stage HIV/AIDS patient's and their familial caregivers' agreement on the palliative care outcome scale. **J. Pain Symptom Manage**, v.39, n.1, p.23-32, 2010.

LEITE, J.C.C., et al. Desenvolvimento de uma Escala de Auto-eficácia para Adesão ao Tratamento Anti-retroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**. v. 15, n. 1, p. 121–33. 2002.

LI, L.; SUN, S.; WU, Z.; et al. Disclosure of HIV status is a family matter: field notes from China. **J. Fam. Psychol.**, v.21, n.2, p.307-314, 2007.

LI, L., et al. Stigma, social support, and depression among people living with HIV in Thailand. **AIDS Care**, v.21, n.8, 2009.

LOPES, L. F. D.; et al. **Estatística Geral**. Santa Maria: UFSM, 2008.

MASUR, J.; MONTEIRO, M.G. Validation of the "CAGE" alcoholism screening test in a Brazilian psychiatric inpatient hospital setting. **Brazilian Journal of Medical and Biological Research**. v.16, n.2, p.215-218, 1983.

MEIRELLES, B.H.S.; SILVA, D.M.G.; VIEIRA, F.M.A., et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev. Rene Fortaleza**, v. 11, n. 3, p. 68-76. 2010.

MELLORS, M.P.; ERLÉN, J.A.; COONTZ, P.D., *et al.* Transcending the suffering of AIDS. **J. Community Health Nurs.**, v.18, n.4, p.235-246, 2001.

MINAYO, C.S. **O desafio do conhecimento: pesquisa qualitativa em saúde**. 12ª ed. Rio de Janeiro: Hucitec, 2010. 407p.

MONTOYA, J.L., et al. Refining a personalized mHealth intervention to promote medication adherence among HIV+ methamphetamine users. **AIDS Care**, v.9, n.1, 2014.

PADOIN, S.M.M, et al. Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. **Cogitare Enferm.**, v.18, n.3., p.446-451, 2011.

PAIVA, G.J. Aids, Psicologia e Religião: O estado da questão na literatura psicológica. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 14, n. 1, p. 27-34. 1998

PETER, E., et al. Psychosocial determinants of health-related quality of life of people living with HIV/AIDS on antiretroviral therapy at Udipi District, Southern India. **Int. J. Prev. Med.**, v.5, n.2, p.203-209, 2014.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. M. F. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. 1, p. 1201-08. 2010.

PRIMEIRA, M.R. **Grau de adesão de adultos com HIV/AIDS que realizam terapia antirretroviral no Hospital Universitário de Santa Maria/RS**. 2013. Trabalho de Conclusão de Curso - Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

RAO, D., et al. Social support mediates the relationship between HIV stigma and depression/quality of life among people living with HIV in Beijing, China. **International Journal of STD & AIDS**, v.23, n.7, p.481-484, 2012.

REEVES, P.M. How individuals coping with HIV/AIDS use the Internet. **Health Educ. Res.**, v.16, n.6, p.709-719, 2001.

REICH, W.A.; LOUNSBURY, D.W.; ZAID-MUHAMMAD, S., et al. Forms of social support and their relationships to mental health in HIV-positive persons. **Psychol. Health Med.**, v.15, n.2, p.135-145, 2010.

REIS, A.C.; LENCASTRE, L.; GUERRA, M.P., et al. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 23, n .3, p. 420-29. 2010.

REIS, R.K.; SANTOS, C.B.; DANTAS, R.A., et al. Qualidade de vida, aspectos sociodemográficos e de sexualidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Texto contexto – enferm.**, v. 20, n. 3, p. 565-75. 2011.

REMOR, E. Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. **Aten Primaria**, v.30, n.3, p.143-149, 2002.

REMOR, E. Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral em pacientes VIH+. **Psicothema**, v.14, n.2, p.262-267, 2002.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "questionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". **Rev. Saúde Pública**. v. 41, n. 5, p. 685-94. 2007.

REMOR, E. **Manual para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pesonas con infección por VIH y SIDA**. Departamento de Psicología Biológica y la Salud. 2010.

RENWICK, R.; HALPEN, T.; RUDMAN, D.; FRIENDLAND, J. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. **Psychological Reports**, v.84, p.663-673, 1999.

REZENDE, L.K.; MENDES, I.J.M.; SANTOS, B.M.O. Suporte Social para idosos portadores de insuficiência cardíaca. **Revista de Ciências Farmacêuticas Básica e Aplicada**, v.28, n.1, 2007.

REYNOLDS, N.R.; TESTA, M.A.; MARC, L.G., et al. Factors influencing medication adherence beliefs and self-efficacy in persons naive to antiretroviral therapy: a multicenter, cross-sectional study. **AIDS Behav.**, v.8, n.2, p.141-150, 2004.

RODRIGUES, L.R., et al. Risco cardiovascular pré e pós-terapia antirretroviral potente nos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Bras. Clin. Med.**, v. 7, p. 153-60. 2007.

RODRIGUES, M.A.; SEIDL, E.M.F. A importância do apoio em pacientes coronarianos. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 18, n. 14, p. 279-88. 2008.

RODRIGUES, R. L.; HAMILTON, D; CUNHA, R. V.; PANIAGO, A. M.; SOUZA, A. S. Risco cardiovascular pré e pós-terapia antirretroviral potente nos pacientes com síndrome da imunodeficiência adquirida. **Rev. Bras. Clin. Med.** v. 7, p. 153-60, 2009.

SAMUELS, F.A.; RUTENBERG, N. "Health regains but livelihoods lag": Findings from a study with people on ART in Zambia and Kenya. **AIDS Care**, v.23, n.6, 2011.

SANTOS, W.; MUNARI, D.B.; MEDEIROS, M. O grupo de mulheres que vivem e convivem com HIV/AIDS: um relato de experiência. **Rev. Eletr. Enf.**, v. 11, n. 4, p. 1043-48. 2009.

SCAMARDI, S.N., et al. Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV+/AIDS: aspectos psicossociais. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.20, n.1, p.22-26, 2013.

SEIDL, E.M.F.; ZANON, C.M.L.; TRÓCCOLI, B.T. Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v.18, n.2, p.188-195, 2005.

SEIDL, E.M.F.; TRÓCCOLI, B.T. Desenvolvimento de Escala para Avaliação do Suporte Social em HIV/aids. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 22, n. 3, p. 317-26. 2006.

SEIDL, E.M.F. et al. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v. 23, n. 10, p. 2305-16. 2007.

SEVERLLEN, G.V.; LOMBARDI, E. Supportive Relationships and Medication Adherence in HIV-Infected, Low-Income Latinos. **West. J. Nurs. Res.**, v.27, p. 1023-1039, 2005.

SHIN, S., et al. How does directly observed therapy work? The mechanisms and impact of a comprehensive directly observed therapy intervention of highly active antiretroviral therapy in Peru. **Health and Social Care in the Community**, v.19, n.3, p.261-271, 2011.

SHIPPY, R.A.; KARPIAK, S.E. The aging HIV/AIDS population: fragile social networks. **Aging Ment. Health**, v.9, n.3, p.246-254, 2005.

SIEGEL, K.; SCHRIMSHAW, E.W. The stress moderating role of benefit finding on psychological distress and well-being among women living with HIV/AIDS. **AIDS Behav.**, v.11, n.3, p.421-433, 2007.

SILVA, J. S.; SALDANHA, A. A. W.; AZEVEDO, R. L. W. Variáveis de impacto na qualidade de vida de pessoas acima de 50 anos HIV+. **Psicologia: reflexão e crítica**, vol. 23, n.1, p.56-63, 2010.

SILVEIRA, E.A.A.; CARVALHO, A.M.P. Suporte relacionado ao cuidado em saúde ao doente com aids: o modelo de comboio e a enfermagem. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 45, n. 3, p. 645-50, 2011.

SKEVINGTON, S.M.; NORWEG, S.; STANDAGE, M. WHOQOL HIV Group. Predicting quality of life for people living with HIV: international evidence from seven cultures. **AIDS Care**, v.22, n.5, p.614-622, 2010.

SMITH, R.; ROSSETO, K.; PETERSON, B.L. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. **AIDS Care**, v.20, n.10, 2008.

SU, X. Perceived discrimination, social support, and perceived stress among people living with HIV/AIDS in China. **AIDS Care**, v.25, n.2, 2013.

SZAFLARSKI, M. Spirituality and religion among HIV-infected individuals. **Curr. HIV/AIDS Rep.**, v.10, n.4, p.324-332, 2013.

TANGKAWANICH, T.; YUNIBHAND, J.; THANASILP, S., et al. Causal model of health: health-related quality of life in people living with HIV/AIDS in the northern region of Thailand. **Nurs. Health Sci.**, v.10, n.3, 2008.

TEGGER, M.K., et al. The effect of mental illness, substance use, and treatment for depression on the initiation of highly active antiretroviral therapy among HIV-infected individuals. **AIDS Patient Care STDS**, v.22, n.3, 2008.

TEIXEIRA, M.G.; SILVA, G.A. A representação do vírus da imunodeficiência humana sobre o tratamento com o anti-retrovirais. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v.42, n.4, p.729-736, 2008.

THOITS, P.A. Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? **Journal of Health and Social Behavior**, p.53-79, 1985.

THOMPSON, M.A. Antiretroviral treatment of adult HIV infection: 2010 Recommendations of the International AIDS Society – USA Panel. **JAMA**, v. 304, n. 3, p. 321-33. 2010.

VYAVAHARKAR, M., et al. Social support, coping, and medication adherence among HIV-positive women with depression living in rural areas of the southeastern United States. **AIDS Patient Care STDS**, v.21, n.9, p.667-680, 2007.

WANG, H., et al. Depressive Symptoms and Social Support among People Living With HIV in Hunan, China. **J. Assoc. Nurses AIDS Care**, 2013.

WARE, N.C., et al. Explaining adherence success in sub-Saharan Africa: an ethnographic study. **Plos Med.**, v. 6, n. 1. 2009.

WASTI, S.P., et al. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment in Asian developing countries: a systematic review. **Trop. Med. Int. Health**, v.17, n.1, p.71-81, 2012.

WEBEL, A.R.; HIGGINS, P.A. The relationship between social roles and self-management behavior in women living with HIV/AIDS. **Women Health Issues**, v.22, n.1, 2011.

WEISS, L., et al. Adherence to HAART: perspectives from clients in treatment support programs. **Psychol. Health Med.**, n.11, n.2, p.155-157, 2006.

YEN, C.F.; TSAI, J.J.; LU, P.P., et al. Quality of life and correlates in HIV/AIDS male outpatients receiving highly active antiretroviral therapy in Taiwan. **Psychiatry Clin. Neurosci.**, v.58, n.5, p.501-506, 2004.

ZHOU, Y.R. Help-seeking in a context of AIDS stigma: understanding the healthcare needs of people with HIV/AIDS in China. **Health Soc. Care Community**, v.17, n.2, p. 202-208, 2009.

ZUGE, S.S. **Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que têm HIV/aids**. 2013. Dissertação (mestrado), Departamento de Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2013.

ANEXOS

ANEXO A – Carta de aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa

 <p>MINISTÉRIO DA SAÚDE Conselho Nacional de Saúde Comissão Nacional de Ética em Pesquisa (CONEP)</p>	<p>UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA Pró-Reitoria de Pós-Graduação e Pesquisa Comitê de Ética em Pesquisa - CEP- UFSM REGISTRO CONEP: 243</p> 
----------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------

CARTA DE APROVAÇÃO

O Comitê de Ética em Pesquisa – UFSM, reconhecido pela Comissão Nacional de Ética em Pesquisa – (CONEP/MS) analisou o protocolo de pesquisa:

Título: Fatores Associados à Não Adesão ao Tratamento Antirretroviral de Adultos que têm HIV/AIDS

Número do processo: 23081.015120/2011-15

CAAE (Certificado de Apresentação para Apreciação Ética): 0322.0.243.000-11

Pesquisador Responsável: Stela Maris de Mello Padoin

Este projeto foi APROVADO em seus aspectos éticos e metodológicos de acordo com as Diretrizes estabelecidas na Resolução 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde. Toda e qualquer alteração do Projeto, assim como os eventos adversos graves, deverão ser comunicados imediatamente a este Comitê. O pesquisador deve apresentar ao CEP:

Julho/ 2012- Relatório parcial

Janeiro/ 2013- Relatório final

Os membros do CEP-UFSM não participaram do processo de avaliação dos projetos onde constam como pesquisadores.

DATA DA REUNIÃO DE APROVAÇÃO: 08/11//2011

Santa Maria, 17 de Novembro de 2011



Félix A. Antunes Soares
Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa-UFSM
Registro CONEP N. 243.

ANEXO B – Termo de Consentimento Livre Esclarecido – TCLE

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

PESQUISADOR: Enfermeiro Samuel Spiegelberg Zuge

ORIENTADORA: Dra Stela Maris de Mello Padoin

PESQUISA: FATORES ASSOCIADOS À NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS QUE TÊM HIV/AIDS

Eu, _____, informo que fui esclarecido(a) de forma clara, detalhada e livre de qualquer forma de constrangimento ou coerção sobre o levantamento de dados da pesquisa, a qual tem o objetivo de avaliar os fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral dos adultos que têm HIV/aids atendidos no HUSM. Assim, declaro que compreendi que não sou obrigado(a) a participar desta pesquisa; que durante a coleta de dados(,) posso não querer responder qualquer pergunta e a qualquer momento posso desistir de realizá-la, sem que isso cause qualquer dificuldade para meu atendimento neste hospital. Sobre os benefícios da pesquisa, fui esclarecido(a) de que esses não são de ordem direta, mas que os profissionais de saúde[,] ao terem acesso às informações decorrentes desse estudo, poderão compreender como os adultos estão aderindo ao tratamento antirretroviral, o que permitirá um melhor atendimento às minhas necessidades. Quanto aos riscos[,] há a possibilidade da mobilização de sentimentos e lembranças, relacionadas à epidemia, à doença e ao tratamento. Se durante a coleta de dados for necessário algum auxílio decorrente desta conversa, a equipe do hospital será procurada para me ajudar; ao fim desta pesquisa, os resultados deverão ser divulgados e publicados e meu nome será preservado. Ninguém poderá descobrir quem sou, minha identidade ficará protegida e o segredo do meu diagnóstico será mantido; em caso de dúvidas sobre o estudo, estou ciente de que poderei telefonar, a cobrar, para o pesquisador.

Assim, declaro que aceito participar deste estudo e autorizo a publicação das informações por mim fornecidas para o pesquisador Samuel Spiegelberg Zuge (055-99496154) ou para a orientadora Stela Maris de Mello Padoin (055-99713143).

Santa Maria, ____ de _____ de 20____

Assinatura do sujeito: _____

Samuel Spiegelberg Zuge
Pesquisador mestrando

Stela Maris de Mello Padoin
Coordenadora da pesquisa

Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM: Avenida Roraima, 1000 - Prédio da Reitoria - 2º andar - Sala Comitê de Ética - Cidade Universitária - Bairro Camobi - 97105-900 - Santa Maria/RS. Tel.:(55)32209362 - Fax:(55)32208009. e-mail:

comiteeticapesquisa@mail.ufsm.br. Pesquisa aprovada pelo CEP/UFSM em ____/____/____ com nº do CAEE _____

ANEXO C – Termo de Confidencialidade, Privacidade e Segurança dos Dados**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM
CURSO DE MESTRADO**

PESQUISA: Suporte Social E Adesão ao Tratamento Antirretroviral Tratamento Antirretroviral De Adultos que vivem com HIV/aids

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

MESTRANDA: Enf^a. Esp. Maressa Claudia De Marchi

LOCAL DOS DADOS COLETADOS: Ambulatório Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria. Santa Maria/RS

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a privacidade dos dados dos pacientes que foram coletados no Ambulatório Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM). Concordam, igualmente, que estas informações do banco de dados serão apenas utilizadas para execução do presente projeto. As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na sala 1336 do Departamento de Enfermagem, no Centro de Ciências da Saúde (prédio 26) no Campus da Universidade Federal de Santa Maria (UFSM), núcleo de pesquisa do Grupo de pesquisa Cuidado à Saúde das pessoas, saúde e sociedade, cadastrado no CNPq, por um período de 5 anos, sob a responsabilidade da Pesquisadora Responsável deste projeto Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin. Após este período, os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa faz parte do projeto TARV IV, que foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE nº 0322.0.243.000-11) em novembro de 2011.

Data: __ de _____ de 2013

Dra. Stela Maris de Mello Padoin
Coordenadora do projeto

ANEXO D – Termo de Compromisso para Utilização de Informações de Banco de Dados

PESQUISA: Suporte Social E Adesão ao Tratamento Antirretroviral De Adultos que vivem com HIV/aids

PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin

MESTANDO: Enf^a. Maressa Claudia De Marchi

BASE DE DADOS A SER UTILIZADA: Pesquisa TARV IV

Como pesquisador(a) supra qualificado(a), comprometo-me com a utilização das informações contidas na base de dados acima citada, protegendo a imagem das pessoas envolvidas e a sua não estigmatização, garantindo a não utilização das informações em seu prejuízo ou das comunidades envolvidas, inclusive em termos de autoestima, de prestígio e/ou econômico-financeiro.

Declaro ainda que estou ciente da necessidade de respeito à privacidade das pessoas envolvidas em conformidade com os dispostos legais citados* e que os dados desta base serão utilizados somente neste projeto, pelo qual se vinculam. Todo e qualquer outro uso que venha a ser necessário ou planejado deverá ser objeto de novo projeto de pesquisa e que deverá, por sua vez, sofrer o trâmite legal institucional para o fim a que se destina.

Por ser esta a legítima expressão da verdade, firmo o presente Termo de Compromisso.

*Constituição Federal Brasileira (1988) – art. 5º, incisos X e XIV

Código Civil – arts. 20-21

Código Penal – arts. 153-154

Código de Processo Civil – arts. 347, 363, 406

Código Defesa do Consumidor – arts. 43- 44

Medida Provisória – 2.200 – 2, de 24 de agosto de 2001

Resoluções da ANS (Lei nº 9.961 de 28/01/2000) em particular a RN nº 21

Data: 9 de agosto de 2013

Dra. Stela Maris de Mello Padoin
Coordenadora do projeto