

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

**A RELAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL E
AUTOEFICÁCIA EM ADULTOS SUBMETIDOS À
TERAPIA ANTIRETROVIRAL**

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

Wendel Mombaque dos Santos

Santa Maria, RS, Brasil

2014

PPGENF/UFSM, RS

DOS SANTOS, WENDEL MOMBAQUE

MESTRE

2014

A RELAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL E AUTOEFICÁCIA EM ADULTOS SUBMETIDOS À TERAPIA ANTIRETROVIRAL

Por

Wendel Mombaque dos Santos

Dissertação apresentada ao Curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem. Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde. Linha de Pesquisa: Cuidado e Educação em Enfermagem e Saúde da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito para obtenção do grau de Mestre em Enfermagem

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

Santa Maria, RS, Brasil

2014

Santos, Wendel Mombaque dos Santos
Terapia antirretroviral de adultos infectados pelo HIV: do suporte social à expectativa de autoeficácia/Wendel Mombaque dos Santos, - 2014
44 p.; 20cm

Orientadora: Stela Maris de Mello Padoin
Dissertação (mestrado) - Universidade Federal de Santa Maria, Centro de Ciências da Saúde, Programa de Pós- Graduação em Enfermagem, RS, 2014.

1. HIV. 2. Síndrome da Imunodeficiência Humana. 3. Apoio Social. 4. Autoeficácia. I. Padoin, Stela Maris de Mello. II. Título.

Ficha catalográfica elaborada através do Programa de Geração Automática da Biblioteca Central da UFSM, com os dados fornecidos pelo autor.

© 2014

Todos os direitos autorais reservados a Wendel Mombaque dos Santos. A reprodução de partes ou do todo deste trabalho só poderá ser feita mediante a citação da fonte.

Endereço: Avenida Roraima, 1000, Santa Maria, RS. CEP: 97110-680

Fone (0xx)55 3220-8029; e-mail: wendelmombaque@hotmail.com

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

A comissão examinadora, abaixo assinada,
aprova a Dissertação de Mestrado

**TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS INFECTADOS PELO
HIV: DO SUPORTE SOCIAL À EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA**

Elaborada por
Wendel Mombaque dos Santos

Como requisito parcial para obtenção do grau de
Mestre em Enfermagem

Comissão Examinadora

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

Silvia Regina Secoli, Dr^a. (USP)
(Titular)

Tânia Solange Bosi de Souza Magnago, Dr^a. (UFSM)
(Titular)

Graziele de Lima Dalmolin, Dr^a. (UFSM)
(Suplente)

Santa Maria, 11 de julho de 2014.

Agradecimentos

- Ao meu pai, minha mãe (em memória) e minha irmã pelo amor, carinho e exemplos de educação, comprometimento e dedicação, pois sem eles nada seria possível.

- Ao meu cunhado Renato Xavier Coutinho pelo incentivo a realizar pesquisas desde a minha graduação a e paciência em me auxiliar nas dúvidas que tive nesse percurso.

- Ao Flávio Costa Martellet e Madalena Coutinho Martellet pelo suporte em Santa Maria.

- A professora Stela Maris de Mello Padoin pela oportunidade e confiança para que eu entrasse no mestrado. Assim como pelo estímulo, liberdade e apoio para o desenvolvimento das atividades relacionadas a este.

- Ao professor Francisco por oportunizar realizar a docência orientada com ele e a realização de novos projetos de pesquisa.

- A professora Silvia Regina Secoli pela disponibilidade em me receber na Universidade de São Paulo durante minha mobilidade acadêmica.

- Aos colegas do grupo de pesquisa.

Quatro são os fundamentos da ignorância humana: a confiança em autoridade inadequada, a força do costume, a opinião da massa carente de experiência e a tendência a ocultar a própria ignorância atrás de sabedoria superficial.

Roger Bacon, 1214-1294

RESUMO

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

TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE ADULTOS INFECTADOS PELO HIV: DO SUPORTE SOCIAL À EXPECTATIVA DE AUTOEFICÁCIA

Autor: Enf. Esp. Wendel Mombaque dos Santos
Orientadora: Enf. Prof^a. Dr^a. Stela Maris de Mello Padoin
Data e local da Defesa: Santa Maria, 11 de julho de 2014.

Objetivo: Avaliar a relação entre expectativa de autoeficácia para adesão ao tratamento antirretroviral (TARV) e suporte social dos adultos (>20 anos) com infecção pelo HIV. **Métodos:** estudo analítico, com delineamento transversal, realizado no ambulatório de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria, com adultos em TARV para o HIV, com uma amostra de 179 pacientes. Para a coleta de dados foi aplicado um instrumento que contemplava: questionário sociodemográfico e econômico, a escala de expectativa de autoeficácia ao Tratamento antirretroviral e a escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids. Para a análise dos dados foram utilizados frequência simples, teste do Qui-Quadrado e correlação de Pearson. Foi considerado o nível de significância com valores iguais ou menores que 5%, utilizando o pacote estatístico SPSS versão 21.0. **Resultados:** a associação entre suporte social emocional e autoeficácia foi verificada na população com idade entre 35 a 39 anos ($p < 0,01$), 1º grau completo ($p < 0,01$), tempo de diagnóstico menor ou igual a 5 anos ($p < 0,01$), tempo de tratamento menor ou igual a 5 anos ($p = 0,03$) e conhecimento sobre a infecção no trabalho ($p < 0,01$). O suporte social instrumental e autoeficácia na população com ensino superior incompleto ($p < 0,01$). O suporte social total e autoeficácia foi significativa na população com idade entre 35 a 39 anos ($p = 0,03$) e primeiro grau completo ($p = 0,02$). Ao ser analisada a população total o suporte social foi associado com a autoeficácia ($p = 0,05$). **Conclusão:** o suporte social deve ser incentivado pois serve como uma barreira de proteção para a manutenção de níveis elevados de autoeficácia, de forma a reduzir problemas relacionados à adesão do tratamento com consequente melhora da adesão e da sobrevida.

Palavras-chave: apoio social; autoeficácia; HIV; Síndrome da imunodeficiência humana; Enfermagem.

ABSTRACT

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

ANTIRETROVIRAL THERAPY IN HIV-INFECTED ADULTS: FROM SOCIAL SUPPORT TO EXPECTATION OF SELF-EFFICACY

Author: Wendel Mombaque dos Santos
Advisor: Stela Maris de Mello Padoin
Place and date: Santa Maria, 11 de julho de 2014.

Objective: evaluate the association between self-efficacy and social support from adults (> 20 years) with HIV infection. **Methods:** cross-sectional design, performed at the University Hospital of Santa Maria, with adults on ART for HIV. For data collection instrument was used which included: sociodemographic and economic questionnaire, the scale of self-efficacy expectations to antiretroviral treatment and scale for assessing social support in HIV/AIDS. To analyze the data we used simple frequency, chi-square and Pearson correlation. Significance level equal to or lower than 5% was considered values, using the statistical package SPSS version 21.0. **Results:** The association between emotional social support and self-efficacy was observed in the population aged 35-39 years ($p < 0.01$), 1 full grade ($p < 0.01$), shorter for diagnosis or equal to 5 years ($p < 0.01$), treatment time of less than or equal to 5 years ($p = 0.03$) and knowledge about the infection at work ($p < 0.01$). The instrumental social support and self-efficacy in people with incomplete higher education ($p < 0.01$). The total social support and self-efficacy was significant in the population aged 35-39 years ($p = 0.03$) and primary school ($p = 0.02$). To be analyzed the total population social support was associated with self-efficacy ($p = 0.05$). **Conclusion:** social support should be encouraged, especially from family and spouse residing with the patient, because these serve as a protective barrier for maintaining high levels of self-efficacy, to reduce problems related to adherence to treatment with consequent improvement the adhesion and survival.

Keywords: social support; self-efficacy; HIV; Acquired immunodeficiency syndrome; nursing

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO.....	10
2 RESULTADOS.....	18
2.1 Artigo 1. Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV.....	19
3 CONCLUSÃO.....	34
REFERÊNCIAS.....	35
ANEXO I.....	40
ANEXO II.....	41
ANEXO III.....	42

1 APRESENTAÇÃO

A presente dissertação integra o 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 Universidade Federal de Santa Maria, na linha de pesquisa “A vulnerabilidade e as demandas de cuidado de pessoas, famílias e sociedade no contexto da AIDS”.

Os resultados que fazem parte desta dissertação estão apresentados sob a forma de um artigo científico, o qual se encontra no item 2. As seções Materiais e Métodos, Resultados, Discussão dos resultados e referências bibliográficas, encontram-se no próprio artigo e representa a íntegra deste estudo. O item (conclusão), encontrado no final desta dissertação, apresenta os comentários gerais sobre o manuscrito científico contido neste trabalho.

O tema deste estudo foi a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS), doença causada pela infecção do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), configura-se como um dos maiores problemas de saúde pública (COSTA & VICTORA, 2006). Tal fato se justifica por esta ser uma doença crônica, sem cura, pela vulnerabilidade à infecção pelo HIV e ao adoecimento pela AIDS, somados ao uso contínuo da Terapia Antirretroviral (TARV), fator determinante para a redução da morbidade e mortalidade. No Brasil, de 1980 a 2011, foi notificado um total de 575.129 casos de AIDS na população de adultos, considerando-se como adultas pessoas com idade maior ou igual a 20 anos, conforme critério etário estabelecido pelo Departamento de Doenças Sexualmente Transmissíveis, Aids e Hepatites Virais do Brasil, sendo O Rio Grande do Sul o segundo estado com maior número de casos com 115.147 (20%) (BRASIL, 2012).

A partir da descoberta da TARV, houve um conseqüente avanço científico e tecnológico que permitiu a combinação de um regime terapêutico que melhor se adaptasse ao organismo de cada paciente. Assim, a evolução da AIDS, no Brasil, implicou na formação de políticas específicas às pessoas com infecção pelo HIV, como a de prevenção e a distribuição gratuita dos medicamentos que colaboraram no avanço do tratamento, resultando na melhoria e bem estar dessa população. Embora a TARV esteja em constante evolução, a sua adesão tem sido um problema

recorrente constituindo o maior determinante da resposta terapêutica (POLEJACK & SEIDL, 2010), uma vez que demanda modificações comportamentais e dietéticas das pessoas que a utilizam, além da alteração na rotina diária pelo uso contínuo dos medicamentos, que, por vezes, ocasionam efeitos colaterais, entre outros fatores que interferem na adesão à TARV (ALMEIDA et al., 2011).

A não adesão à TARV pode repercutir na condição de saúde e qualidade de vida das pessoas com infecção pelo HIV. A intervenção em saúde 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). A adesão, além de implicar na saúde individual pela redução progressiva da carga viral e a manutenção e/ou restauração do sistema imunológico, está associada à minimização da transmissão da infecção em nível coletivo.

Atualmente, tem-se trabalhado com estratégias de avaliação da adesão à TARV, a fim de reconhecer os fatores que estão relacionados, e contribuir para a realização de intervenções que possibilitem aperfeiçoar o cuidado à saúde, principalmente na população de adultos. Destaca-se entre elas, a avaliação da expectativa de autoeficácia para a adesão à TARV e do suporte social de pessoas com infecção pelo HIV (CARVALHO et al., 2007; SANTOS et. al, 2011)

Nesse sentido, a expectativa de autoeficácia está relacionada à adesão à TARV, uma vez que é o julgamento do participante sobre sua habilidade para desempenhar com sucesso um comportamento específico, no caso da adesão à TARV, o seguimento regular da prescrição (TORRES & CAMARGO, 2008). Dessa forma, o suporte social contribui na motivação para o enfrentamento da doença, bem estar psicológico e melhor autocuidado, bem como pode influenciar na adesão à TARV (ATKINSON et al., 2008; LEITE, *et al.*, 2002; REMOR, 2002).

A inquietação acerca dessa problemática decorre de vivências e experiências oriundas da atuação como Enfermeiro do Hospital Santa Casa de Caridade de Uruguaiana e como professor substituto da Universidade Federal do Pampa, no Rio Grande do Sul. Durante minha atividade profissional, foi possível deparar-me com os familiares e/ou cuidadores de adultos com infecção pelo HIV, os quais, muitas vezes, também são soropositivos. Esta vivência permitiu uma reflexão a respeito de como a população adulta, que é infectada pelo HIV, realiza os cuidados com a sua saúde; quanto ao apoio que tem e necessitam; e, quanto à sua expectativa em realizar o tratamento, visto que essas questões podem influenciar a adesão e o

cotidiano dessa população. Justifica-se, assim, o interesse no tema a partir das possibilidades de intervenções em saúde, como profissional enfermeiro, de forma a contribuir para o aumento da expectativa à adesão à TARV.

A relevância para a enfermagem ocorre por esta fazer parte de uma equipe interdisciplinar que vivencia o cuidado de saúde com essa população. Assim, necessita desenvolver ações de intervenção junto aos adultos, de modo que possa viabilizar um acompanhamento integral da sua condição crônica relacionada à AIDS (MEIRELLES *et al.*, 2010). E, ainda, que possibilite o surgimento de questões que venham a auxiliar a assistência realizada, mediadas entre as ações de promoção a saúde e de minimização dos danos clínicos e sociais que a infecção ocasiona.

Nesse sentido, este projeto de pesquisa possui como questão norteadora de pesquisa: Qual a relação entre a expectativa de autoeficácia para a adesão à TARV e o suporte social de adultos (\geq a 20 anos de idade) com infecção pelo HIV

Portanto a presente dissertação tem como objetivo avaliar a relação entre expectativa de autoeficácia para adesão à TARV e suporte social dos adultos (>20 anos) com infecção pelo HIV.

A evolução da AIDS no Brasil apontou a interface da problemática clínico-epidemiológica com a sociopolítica, como reflexo das mudanças quanti-qualitativas que se operaram no perfil da epidemia. A mudança quantitativa refere-se à distribuição das notificações, mesmo que de modo distinto em cada região do país, evidenciando a interiorização e a pauperização. A qualitativa se reflete no perfil da epidemia, que se inicia vinculada aos homens e a grupos de risco e, a partir da inserção da mulher nas notificações, inscreve a tendência de feminização e juvenização da epidemia (SILVA *et al.*, 2010).

Deste modo, a resposta social à epidemia da AIDS iniciou com os movimentos e a organização da sociedade civil (GRANGEIRO &, TEIXEIRA, 2009) e, no seu transcurso, refletiu na formação de políticas públicas de saúde específicas (PEREIRA, NICHATA, 2011). Com o avanço da ciência e dessas políticas de controle e assistência, o tratamento resultou na redução dos índices de morbidade e mortalidade e passou a incluir a população com HIV/AIDS no grupo de condição crônica de saúde (ALENCAR *et al.*, 2008). Isso implicou na necessidade de acompanhamento clínico permanente e de tratamento medicamentoso em longo prazo.

Devido à sobrevida em função do tratamento com a TARV, que possibilita a

diminuição da carga viral circulante e o aumento da quantidade de células T CD4 de forma eficaz, do manejo clínico geral e do acesso universal a esses recursos no sistema público de saúde brasileiro, o prognóstico melhorou e possibilitou uma melhor qualidade de vida a essas pessoas. Nesse sentido, observa-se o envelhecimento dessa população, de forma que adultos tornaram-se idosos (PEREIRA, AGUIAR, 2012). Salienta-se, também, o conseqüente aumento da taxa de infecção entre adultos e idosos (BRASIL, 2012).

A eficácia do TARV está diretamente relacionada à adesão à terapia (DINIZ et al., 2011). Nesse sentido, a adesão é um dos maiores desafios para o sucesso terapêutico e seu uso irregular ou em doses insuficientes pode propiciar a resistência do vírus (VELOSO *et al.*, 2010). O termo adesão relacionado à TARV, está vinculado a um conjunto de ações, entre elas: a disponibilidade de acesso ao serviço de saúde e aos antirretrovirais; características clínicas e imunológicas; frequência e realização de acompanhamento de saúde, fatores comportamentais e contexto de vida do indivíduo, tornando-se um processo interativo, dinâmico e contínuo (PADOIN et al., 2010).

A partir disso, há a necessidade de possibilitar um cuidado integral de saúde com a abordagem de questões relacionadas à TARV, como também apoio àqueles com baixa expectativa para adesão. Em vista de contribuir para a melhoria do bem-estar social e emocional dos adultos com infecção pelo HIV, com reflexo no incremento da expectativa de autoeficácia ao seguir a prescrição antirretroviral (BONOLO *et al.*, 2007). Nesse sentido, a consulta de enfermagem é um momento em que a avaliação e condução do paciente podem ser realizadas numa perspectiva educativa que visa à reflexão e ao autoconhecimento em vistas à adesão à TARV.

A expectativa de autoeficácia é definida como o processo de julgamento do participante sobre a sua habilidade de desempenhar com sucesso um padrão específico de comportamento, no caso da adesão à TARV, o seguimento regular da prescrição (TORRES & CAMARGO, 2008). Este comportamento está vinculado à adesão à TARV, pois quanto maior o nível de expectativa de autoeficácia mais soluções surgirão para cumprir com as suas necessidades de saúde em relação ao tratamento. Dessa forma, está relacionada a fatores comportamentais, tais como percepção e formas de enfrentamento das adversidades e a fatores externos, como obstáculos de vida e rede de apoio (TROMBINI & SCHERMANN, 2010).

Assim, permite o desenvolvimento de habilidades e percepções para lidar com as demandas ambientais que afetam a vida ou que levam os pacientes ao adoecimento. Nesse sentido, o adulto com infecção pelo HIV é visto como capaz de lidar ou manejar as circunstâncias que, eventualmente, o impeçam de realizar comportamentos de saúde, tanto preventivos quanto de tratamento (SEIDL *et al.*, 2007).

A autoeficácia desempenha um papel primordial na autorregulação motivacional, pois grande parte da motivação humana é gerada cognitivamente, nas crenças do indivíduo sobre suas capacidades em planejar e executar tarefas para gerar certos resultados (BANDURA, 2006). O sentimento de competência facilita os processos cognitivos, o desempenho, o enfrentamento a situações adversas, e deixa o adulto com infecção pelo HIV menos vulnerável ao estresse e depressão (SCHOLZ *et al.*, 2002). A baixa autoeficácia, por outro lado, se associa a ansiedade, depressão, solidão e baixa autoestima. Relaciona-se uma diferença entre homens e mulheres na percepção de autoeficácia frente a uma doença, porém essas peculiaridades podem variar conforme o diagnóstico e outros fatores relacionados ao adoecimento e tratamento (TAKAKI, YANO, 2006).

Nesse sentido, reforça-se a importância de um trabalho interdisciplinar em saúde, de forma a possibilitar orientação e esclarecimento ao paciente quanto à TARV, e também que os problemas de expectativas de autoeficácia à adesão identificados sejam discutidos com outros profissionais, com vistas a melhor conduzir à terapêutica, evitando possíveis interrupções no tratamento. Dessa forma, também pode auxiliar a inclusão do suporte social como possível apoio para à adesão à TARV.

A eficácia da terapia antirretroviral necessita pelo menos da associação de três antirretrovirais, sendo um deles um inibidor da protease. Acredita-se que uma vez introduzido, o tratamento só deve ser suspenso em situações especiais, devendo ser mantido por toda a vida ou até a descoberta de uma terapia que erradique o HIV (SENDI *et al.*, 2001).

A adesão ao tratamento da AIDS foi descrita por Mannheimer e colaboradores (2002) em estudo que envolveu 1100 pessoas, avaliadas com questionário autoaplicável, usando o ponto de corte 100%, encontrou taxa de 72% de adesão.

O efeito da disseminação da TARV no manejo da infecção pelo HIV nesta década tem sido surpreendente. Alterou os rumos da epidemia e mudou o

prognóstico da doença, resultado de seu impacto na morbimortalidade e na qualidade de vida, possibilitando às pessoas que vivem com HIV reassumirem suas vidas pessoais e profissionais (SENDI *et al.*, 2001).

A sobrevida aumentou na Dinamarca em oito anos de 1995 a 1996, em 23 anos de 1997 a 1999 e em 33 anos de 2000 a 2005, com os esquemas terapêuticos atuais. Este aumento chega a 39 anos, em jovens recém infectados (com 25 anos) e não co-infectados pelo vírus C da hepatite (LOHSE *et al.* 2007)

No Brasil, a sobrevida das pessoas que vivem com HIV era de 5,1 meses no período de 1982 a 1989 e foi observado aumento para 16 e 108 meses nas pessoas diagnosticadas em 1998 e 1999, respectivamente (CHEQUER *et al.*, 1992; GUIBU *et al.*, 2008).

Com o impacto do tratamento a AIDS passou a ser considerada uma doença crônica por muitos pesquisadores, inclusive brasileiros (ALENCAR *et al.*, 2008; HAMMER *et al.*, 2008)

A AIDS cursa com progressiva e grave disfunção imunológica, em especial depleção dos linfócitos T CD4+. O HIV tem uma grande capacidade de se replicar, e calcula-se que a cada dia cerca de 10 bilhões de partículas virais são lançadas na circulação sanguínea. Quanto maior a quantidade de vírus no sangue (carga viral HIV) maior a probabilidade de agressão imunológica e progressão para doença. A carga viral elevada e baixa dosagem de CD4+ estão associados à evolução mais rápida para a AIDS e maior mortalidade (DOYLE *et al.*, 2012; HAMMER *et al.*, 2008).

O tratamento ideal deve proporcionar supressão da carga viral; retardar ou evitar a emergência de mutações selecionadas por droga e resguardar futuras opções terapêuticas. Para tanto é essencial que as medicações se mantenham no sangue em níveis terapêuticos, uma vez que estejam abaixo da concentração inibitória mínima, os vírus voltam a se multiplicar rapidamente. Por esta razão estima-se que, provavelmente mais que em qualquer outra patologia, o controle da doença depende do uso quase “impecável” da medicação (WHO & UNIAIDS, 2013).

A avaliação a adesão aos esquemas com inibidores da protease, aferida por monitoramento eletrônico e a resposta laboratorial, demonstraram que é necessário haver adesão acima de 95% para o sucesso no tratamento, que no caso foi definido por indetectabilidade da carga viral do HIV. Usar menos que 95% do esquema antirretroviral propicia aumento da viremia, deterioramento do sistema imunológico e emergência de cepas virais resistentes ou não (MANNHEIMER *et al.*, 2002).

As variáveis que mais contribuem para explicar a não-adesão foram a falta à consulta médica, a ausência de unidade de saúde, a baixa renda pessoal e a baixa escolaridade, demonstrando a importância do papel dos serviços de saúde na superação das dificuldades encontradas pelos pacientes no uso da TARV (LIMA *et al.*, 2008).

Um dos estudos mais recente, com representatividade nacional, para avaliar a adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil foi realizado no ano de 2002, em pessoas acompanhadas em serviços de sete estados brasileiros. Os dados indicaram que 75% dos entrevistados relataram ter tomado pelo menos 95% das doses (NEMES *et al.*, 2004).

Por se tratar de doença infecto-contagiosa a não-adesão ao tratamento, além de implicar a saúde individual, está associada à potencial transmissão da infecção em nível coletivo. Para corroborar este temor, alguns estudos demonstraram que pessoas com baixa adesão à TARV também apresentam menor adesão às medidas de prevenção da transmissão sexual, fato que pode se associar à transmissão de vírus resistentes (LAHUERTA *et al.*, 2012; ROSEN & FOX, 2011; STAVETEIG, 2013).

O suporte social consiste na avaliação do sujeito sobre sua satisfação com o apoio que tem recebido da rede de relações sociais, e pode ser dividido em duas categorias: aspectos estruturais e funcionais. Os aspectos estruturais se referem à integração da pessoa em uma rede social e os tipos de papéis sociais, como a participação em grupos religiosos e comunitários. Já o aspecto funcional refere-se à forma que as relações sociais podem cumprir determinadas funções. Pode ser dividido em instrumental, emocional e informacional. A primeira refere-se à disponibilização de ajuda nas situações operacionais do cotidiano, como apoio financeiro ou material. O suporte emocional consiste em comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia que contribuem para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada. O suporte de informação corresponde aos conselhos e informações recebidos que auxiliem o indivíduo a avaliar e a lidar com situações difíceis e estressantes (SEIDL & TRÓCCOLI, 2006).

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 adulto com infecção pelo HIV cumprindo importantes funções nas dimensões social, psicológica e comportamental. Assim, pode diminuir o risco de agravamento

de doenças à medida que promove comportamentos relevantes para o seu manejo e controle (RODRIGUES & SEIDL, 2008).

A complexidade de conviver com uma doença crônica, como a AIDS, demanda apoio específico de forma a impedir a ocorrência de agravos de saúde. O suporte social e as estratégias de enfrentamento têm influência sobre o bem-estar psicológico das pessoas com infecção pelo HIV. Principalmente, devido às situações de preconceito que ainda caracterizam as reações sociais à soropositividade e podem levar ao isolamento e à restrição dos relacionamentos, tendo impacto negativo na manutenção e estruturação da rede social de apoio (SEIDL & TRÓCCOLI, 2006).

O suporte social no contexto do HIV/AIDS pode ser realizado pela família, amigos, parceiros, profissionais de saúde, entre outros. Realizado por meio de apoio emocional, financeiro, informacional, inclusão social e aconselhamento em saúde a fim de promover melhor saúde mental, enfrentamento da doença, qualidade de vida, autocuidado e adesão à TARV (MAK *et al.*, 2007).

Nesse sentido, conhecer o suporte social das pessoas com infecção pelo HIV possibilita compreender o impacto que a doença exerce na vida dessas pessoas e de sua rede de apoio, bem como, a dinâmica das relações sociais. Dessa forma, o cuidado à saúde proporcionado pela equipe de saúde pode atender melhor as necessidades básicas destas pessoas, com o objetivo de contribuir para a adesão à TARV e ao autocuidado.

2 RESULTADOS

Os resultados da presente dissertação serão apresentados na forma um artigo científico, o qual está disposto conforme será submetido a ao periódico. Constando que segue nos seus respectivos: Título, resumo, introdução, metodologia, resultados, discussão, conclusões e referencias bibliográficas.

2.1 Artigo 1. Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV

Esta versão será submetida para a “JAIDS: Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes” ISSN: 1525-4135, Qualis A1 na Enfermagem e fator de impacto 4,653. Este está apresentado na versão em português, mas será submetido em sua versão em inglês.

RESUMO

Objetivo: verificar a relação entre o suporte social e suas dimensões com autoeficácia, em pessoas infectadas pelo HIV, em suas diferentes categorias.

Métodos: estudo transversal, realizado no Ambulatório de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período de janeiro a julho de 2012, com 179 adultos em TARV para o HIV no referido ambulatório.

Resultados: a associação entre suporte social emocional e autoeficácia foi verificada na população com idade entre 35 a 39 anos ($p < 0,01$), 1º grau completo ($p < 0,01$), tempo de diagnóstico menor ou igual a 5 anos ($p < 0,01$), tempo de tratamento menor ou igual a 5 anos ($p = 0,03$) e conhecimento sobre a infecção no trabalho ($p < 0,01$). O suporte social instrumental e autoeficácia na população com ensino superior incompleto ($p < 0,01$). O suporte social total e autoeficácia foi significativa na população com idade entre 35 a 39 anos ($p = 0,03$) e primeiro grau completo ($p = 0,02$). Ao ser analisada a população total o suporte social foi associado com a autoeficácia ($p = 0,05$).

Conclusão: foi verificado a relação do suporte social sobre a autoeficácia do tratamento antirretroviral, de forma que o suporte social deve ser incentivado, principalmente de familiares e cônjuge que residem com o paciente, pois estes servem como uma barreira de proteção para a manutenção de níveis elevados de autoeficácia, de forma a reduzir problemas relacionados à adesão do tratamento com consequente melhora da adesão e da sobrevida.

Palavras-Chave: Apoio social; autoeficácia; HIV; síndrome da imunodeficiência humana.

INTRODUÇÃO

Aproximadamente 30 milhões de pessoas estão infectadas pelo HIV no mundo, dessas 28,6 milhões são elegíveis para realizar o tratamento antirretroviral (TARV) e 1,6 milhões morrem anualmente em função da ausência ou ineficácia deste tratamento. No Brasil, 74% das pessoas infectadas estão vinculados a serviços de saúde e monitorando seu tratamento^{1,2}.

O TARV proporciona sobrevida às pessoas infectadas pelo HIV por meio da diminuição da carga viral circulante e o aumento de células T CD4 na corrente sanguínea. A eficácia desse tratamento está diretamente ligada à adesão ao TARV, no entanto é difícil a manutenção de seus níveis elevados durante todo o tratamento³⁻⁵.

A adesão ao TARV está relacionada com variáveis como carga viral, contagem de células T CD4, complexidade do tratamento e número de pílulas ingeridas diariamente. Fatores relacionados ao estresse, depressão e ansiedade atuam como fator de risco para baixa adesão, já o apoio social consiste um fator de proteção para a sua manutenção⁶.

A qualidade dos serviços de saúde, os custos relacionados com o TARV, bem como a necessidade de manter as redes de apoio social, as quais pode ser negativamente afetadas pelo estigma relacionado ao HIV, sendo consideradas barreiras importantes para a adesão, além de ser necessário a manutenção do equilíbrio entre a saúde física com a integridade social⁷.

Dentre os fatores que podem influenciar a adesão ao TARV podem ser citados a vulnerabilidade, a autoeficácia do tratamento e o suporte social^{6,8-10}. Neste estudo serão abordados os aspectos referentes à expectativa de autoeficácia e suporte social.

A expectativa de autoeficácia serve para avaliar o processo de julgamento da pessoa infectada pelo HIV na sua capacidade de desempenhar com sucesso o tratamento medicamentoso através do seguimento regular da prescrição¹¹⁻¹³.

Por sua vez o suporte social consiste na avaliação do sujeito sobre sua satisfação com o apoio que tem recebido da rede de relações sociais, e pode ser dividido em duas categorias, sendo essas: o suporte social instrumental e o suporte social emocional. O primeiro refere-se à disponibilização de ajudas em situações operacionais do cotidiano, tais como apoio financeiro e/ou material; o segundo, aos comportamentos de escutar, de prover atenção ou fazer companhia para que a pessoa infectada pelo HIV possa se sentir estimada e/ou cuidada¹⁴⁻¹⁶.

Há evidências que sugerem que a interferência do suporte social afeta indiretamente a autoeficácia¹⁷⁻¹⁹, entretanto não demonstra quais as principais categorias da população submetida ao TARV apresentam maior influência desta relação e nem qual a interferência desta rede no suporte social. Portanto, o presente estudo tem como objetivo verificar a relação entre o suporte social e suas dimensões com autoeficácia, em pessoas infectadas pelo HIV, em suas diferentes categorias e avaliar a interferência da rede de apoio no suporte social.

MÉTODO

Trata-se de um estudo analítico, com delineamento transversal, realizado no Ambulatório de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria (HUSM) no período de janeiro a julho de 2012, com adultos em TARV para o HIV no referido ambulatório.

Os critérios de inclusão desta pesquisa foram: (a) idade igual ou superior a 20 anos; (b) cadastro ao menos há três meses na unidade de distribuição de medicação do HUSM. E os critérios de exclusão foram: (a) limitação cognitiva ou mental; (b) estar em regime penitenciário; (c) mulheres no período gravídico-puerperal.

Para a coleta de dados foi aplicado um instrumento que contemplava: questionário sociodemográfico, a escala de expectativa de autoeficácia ao TARV¹³ e a escala para avaliação do suporte social em HIV/Aids¹⁴.

A escala de avaliação da expectativa de autoeficácia compreende uma escala unifatorial composta por 21 itens de respostas tipo Likert de cinco pontos (0 = com certeza não vou tomar; 1 = acho que não vou tomar; 2 = não sei; 3 = acho que vou tomar; 4 = com certeza vou tomar). Estes escores propõem uma variável contínua e pode variar de 0 a 100, de modo que os valores elevados indicam melhor expectativa de autoeficácia-

A escala de avaliação do suporte social é bidimensional composta de 26 itens. A primeira dimensão está relacionada ao suporte emocional (14 itens) e a segunda ao suporte instrumental (de 12 itens). As respostas são em Escala tipo Likert de cinco pontos tanto para disponibilidade de suporte (1 = nunca; 2 = raramente; 3 = às vezes; 4 = frequentemente; 5 = sempre) quanto para satisfação com o suporte (1 = muito insatisfeito; 2 = insatisfeito; 3 = nem satisfeito / nem insatisfeito; 4 = satisfeito; 5 = muito satisfeito), tendo com amplitude de escore geral de 26 a 130 pontos, quanto maior sua pontuação melhor será a autoeficácia do tratamento.

O cálculo amostral foi realizado com precisão de 5,7%, intervalo de confiança de 95% e proporção de 50%, a partir de uma população de 432 pessoas, resultando em uma amostra mínima de 179 participantes, sendo selecionados por conveniência conforme a demanda no serviço.

Foram consideradas variáveis dependentes expectativa de autoeficácia e nível de suporte social. As variáveis independentes foram idade, renda, comprimidos antirretrovirais ingeridos por dia, tempo de tratamento, tempo de diagnóstico, valor de células T CD4 e valor da carga viral.

Para a análise das variáveis independentes foi utilizado a análise descritiva de frequência, com os resultados expressos em média, desvio padrão, valor mínimo e máximo apresentado. O teste do Qui-Quadrado foi empregado para avaliar a distribuição das variáveis independentes conforme as dependentes. Quanto à avaliação da correlação entre o suporte social, assim como suas dimensões, e autoeficácia utilizou-se a correlação de Spearman. Foi considerado o nível de significância com valores iguais ou menores que 5%, utilizando o pacote estatístico SPSS versão 21.0.

O projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria (CAAE 0322.0.243.000-11) e elaborado nos termos da Resolução 196/1996 do Conselho Nacional de Saúde.

RESULTADOS

Foram considerados elegíveis 179 participantes, sendo 91 homens e 88 mulheres, com idade média de $43,21 \pm 10,47$ anos e renda média de $1.201,33 \pm 1.445,09$ reais. Com relação à escolaridade 43,02% possuem primeiro grau incompleto, sendo seguidos por 2º grau incompleto (12,85%), 2º completo (12,29%), 1º grau completo (9,50%), superior incompleto (9,50%), superior completo (8,94%) e analfabeto (3,91%). Já 54,8% informaram que colegas de trabalho não sabem sobre o tratamento que estão realizando devido a infecção pelo HIV.

Tabela 1. Características clínicas de pessoas infectadas pelo HIV, no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, Brasil, no ano de 2012.

Variável	Média	Desvio padrão	Mínimo	Máximo
Comprimidos ART tomados por dia	4,73	2,52	1	19
Tempo de tratamento (meses)	74,46	53,11	3	240
Tempo de diagnóstico (meses)	95,96	60,04	3	288
Valor células T CD4	473,55	271,19	6	1269
Valor Carga Viral	5658,89	30.020,70	0	345546

Destes, 58,1% consideram fácil manter o acompanhamento no serviço de saúde, os outros 41,9% os consideram difícil/intermediário.

As características clínicas estão apresentadas na tabela 1, sendo que a média de diagnóstico foi de 95,96 meses e de tratamento de 74,46 meses.

Tabela 2. Distribuição da população conforme idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento e conhecimento da doença no trabalho com suporte social e autoeficácia, no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, Brasil, no ano de 2012.

População Seleccionada	Suporte Social						Autoeficácia		
	Emocional			Instrumental			BA (%)	AA (%)	P
	BS (%)	AS (%)	P	BS (%)	AS (%)	P			
Idade			0,97			0,35			0,01
20 a 29 anos	4,5	4,5		3,4	5,6		0,6	8,6	
30 a 39 anos	16,8	15,1		12,3	19,6		8,0	23,0	
40 a 49 anos	19,0	17,3		18,4	17,9		3,4	33,3	
≥ 50 anos	11,7	11,2		12,3	10,6		1,1	21,8	
Escolaridade			0,49			0,68			0,15
Nenhum ano de estudo	2,2	1,7		1,1	2,8		1,1	2,3	
1 a 3 anos de estudo	19,6	23,5		19,0	24,0		6,9	35,6	
4 a 7 anos de estudo	5,0	4,5		5,0	4,5		1,7	7,5	
≥ 8 anos	25,1	18,4		21,2	22,3		3,4	41,4	
Tempo de diagnóstico			0,17			0,49			0,88
≤ 5 anos	16,2	17,3		12,8	20,7		7,3	26,3	
6 a 10 anos	17,9	20,1		19,0	19,0		9,5	28,5	
11 a 15 anos	15,1	7,3		11,2	11,2		6,1	16,2	
≥ 16 anos	2,8	3,4		3,4	2,8		1,1	5,0	
Tempo de tratamento¹			0,33			0,7			0,72
≤ 5 anos	24,3	23,7		19,8	28,2		11,3	36,7	
6 a 10 anos	17,5	19,2		18,6	18,1		9,0	27,7	
11 a 15 anos	9,0	4,0		6,2	6,8		3,4	9,6	
≥ 16 anos	1,1	1,1		1,1	1,1		0,0	2,3	
Carga Viral			0,95			0,77			0,06
≤ 50 cópias/ml	38,2	35,4		33,1	40,4		6,4	67,6	
51 a 500 cópias/ml	3,4	3,4		3,4	3,4		1,2	5,8	
≥ 500 cópias/ml	10,7	9,0		10,1	9,6		5,8	13,3	
Contagem de Células T CD4⁺			0,55			0,76			0,15
≤ 50 células/μl	1,7	2,2		1,1	2,8		2,9	1,2	
51 a 200 células/μl	10,1	5,6		7,9	7,9		1,2	13,9	
201 a 350 células/μl	6,7	6,7		6,7	6,7		1,7	12,1	
≥ 350 células/μl	33,7	33,1		30,9	36,0		7,5	59,5	
Conhecimento sobre a doença no trabalho²			0,54			0,23			0,19
Sim	17,7	27,4		14,5	30,6		4,8	40,3	
Não	25,8	29,0		25,8	29,0		12,9	41,9	

Teste do Qui-Quadrado

BS – baixo suporte. AS – Alto Suporte. BA – baixa autoeficácia. AE – Alta autoeficácia. ¹ - número de sujeitos igual a 177. ² - número de sujeitos igual a 62.

A distribuição do suporte social e suas dimensões somente apresentou diferença significativa referente ao suporte social instrumental e escolaridade. De modo, que o suporte social emocional e suporte social total não apresentaram valores significativos ($p > 0,05$) associado a idade, escolaridade, tempo de diagnóstico, tempo de tratamento e conhecimento sobre a doença no trabalho.

Ao ser avaliada a distribuição da população, a autoeficácia apresentou valor diferença significativa quando avaliada a idade ($p = 0,01$) e não se verificou diferença significativa com relação a escolaridade ($p = 0,32$), tempo de diagnóstico ($p = 0,88$), tempo de tratamento ($p = 0,72$) e conhecimento da doença no trabalho ($p = 0,19$).

O suporte emocional é prioritariamente fornecido por familiares - residem com o paciente (56,48%) e que não residem com o paciente (55,05%), amigo(s) (61,63%), colega(s) de trabalho (60,00%), vizinho(s) (58,62%) e profissional(is) de saúde (50,75%), e o suporte instrumental é composto principalmente por esposa(o), companheira(o) ou namorada(o) (52,23%) e outro(s) (60,71%).

Os familiares que residem com o paciente foi fonte de apoio que interfere tanto no suporte social emocional ($p = 0,03$) e instrumental ($p < 0,01$).

Ao ser avaliada a relação entre as variáveis clínicas e demográficas com a fonte de suporte social foi observado associação entre: esposa(o), companheira(o) ou namorada(o) com idade, no suporte emocional ($p = 0,01$) e instrumental ($p = 0,01$); Colega(s) de trabalho com conhecimento da doença no trabalho, no suporte emocional ($p < 0,001$) e instrumental ($p < 0,01$); escolaridade com amigo(s) ($p = 0,01$) e outro(s) ($p = 0,03$) no suporte emocional; e, entre profissional(is) de saúde com tempo de diagnóstico ($p = 0,03$) no suporte instrumental.

Tabela 3. Associação entre suporte social e suas variáveis com autoeficácia do tratamento antirretroviral, no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, Brasil, no ano de 2012.

População Seleccionada	Correlação					
	SE x AE		SI x AE		SCT x AE	
	Corr.	P	Corr.	P	Corr.	P
Idade						
20 a 29 anos	-0,01	0,96	-0,01	0,96	0,06	0,82
30 a 39 anos	0,35	<0,01	0,10	0,44	0,22	0,08
40 a 49 anos	-0,01	0,97	-0,06	0,62	-0,02	0,81
≥ 50 anos	0,11	0,48	0,05	0,71	0,09	0,54

Escolaridade						
Nenhum ano de estudo	0,25	0,57	0,37	0,93	0,11	0,81
1 a 3 anos de estudo	0,28	0,01	0,18	0,11	0,25	0,02
4 a 7 anos de estudo	0,63	<0,01	0,28	0,27	0,55	0,02
≥ 8 anos	-0,14	0,20	-0,19	0,08	-0,15	0,17
Tempo de diagnóstico						
≤ 5 anos	0,32	<0,01	-0,03	0,76	0,16	0,21
6 a 10 anos	-0,1	0,4	-0,12	0,31	-0,12	0,32
11 a 15 anos	0,28	0,08	0,19	0,23	0,25	0,1
≥ 16 anos	-0,33	0,31	-0,21	0,52	-0,28	0,38
Tempo de tratamento						
≤ 5 anos	0,23	0,03	0,03	0,77	0,14	0,17
6 a 10 anos	-0,07	0,56	-0,12	0,3	-0,1	0,39
11 a 15 anos	-0,11	0,61	-0,15	0,47	-0,14	0,51
≥ 16 anos	-0,55	0,44	-0,35	0,64	-0,49	0,5
Carga Viral						
≤ 50 cópias/ml	0,07	0,41	0,02	0,77	0,05	0,50
51 a 500 cópias/ml	0,39	0,20	0,12	0,70	0,29	0,35
≥ 500 cópias/ml	0,37	0,06	0,03	0,86	0,22	0,19
Contagem de Células T CD4⁺						
≤ 50 células/μl	0,96	0,06	0,50	0,24	0,71	0,07
51 a 200 células/μl	0,41	0,07	0,14	0,47	0,31	0,10
201 a 350 células/μl	0,05	0,78	-0,19	0,36	-0,07	0,73
≥ 350 células/μl	0,08	0,38	0,01	0,85	0,06	0,50
Conhecimento sobre a doença no trabalho						
Sim	0,44	<0,01	0,19	0,32	0,37	0,05
Não	0	0,97	-0,12	0,49	-0,06	0,71
População total	0,14	0,05	0,02	0,76	0,06	0,4

*SE = Suporte Emocional, AE = Autoeficácia, SI = suporte instrumental, SCT = suporte social total. Corr. = Correlação de Spearman

A relação entre o suporte social emocional e autoeficácia foi observada nas seguintes estratificações população com idade entre 30 a 39 anos ($p < 0,01$), entre 1 e 3 anos de estudo ($p = 0,01$), entre 4 e 7 anos de estudo ($p < 0,01$), tempo de diagnóstico menor ou igual a 5 anos ($p < 0,01$), tempo de tratamento menor ou igual a 5 anos ($p = 0,03$) e conhecimento sobre a infecção no trabalho ($p < 0,01$).

O suporte social instrumental e autoeficácia não apresentou correlação em nenhuma estratificação da população. A correlação entre suporte social total e autoeficácia foi significativa na população com 1 a 3 anos de estudo ($p = 0,02$), entre 4 e 7 anos de estudo ($p < 0,02$)

Ao ser analisada a população total, sem estratificação, somente o suporte social emocional apresentou resultado significativo com a autoeficácia ($p = 0,05$).

DISCUSSÃO

Este estudo procurou verificar se há relação entre suporte social e autoeficácia, visto que a adesão ao tratamento antirretroviral tem relação com o suporte social^{18,20,21} e com a autoeficácia do tratamento²²⁻²⁶, assim como há evidências que sugerem que a autoeficácia é afetada indiretamente pelo apoio social¹⁷⁻¹⁹.

A idade apresentou resultando significativo com a autoeficácia, demonstrado que há diferença no nível desta conforme a idade. Este dado foi confirmado ao ser verificada a associação entre suporte social emocional e suporte social total com a autoeficácia na população entre 30 e 39 anos, corroborando com evidências que a idade interfere no apoio social percebido de pessoas infectadas pelo HIV¹⁰. Assim como a fonte de apoio do esposo/companheiro/namorado foi associada com idade, tanto no suporte emocional como instrumental, demonstrando que possuir companheiro e quanto maior o tempo desta união, melhor será o apoio social recebido.

Os participantes com 1º grau completo apresentaram correlação do suporte social emocional e do suporte social total com a autoeficácia. Há evidências que a não alfabetização aliada a poucos anos de educação são fatores que influenciam diretamente a autoeficácia e a adesão ao tratamento, visto que estas tendem a esquecer de tomar a medicação 3 a 4 vezes mais do que os que possuem maiores níveis de escolaridade²⁷. Sabe-se que a confiança no parceiro ou familiares auxilia na autoeficácia do tratamento²⁸, assim, a rede de pessoas que fornecem o apoio social emocional tem papel fundamental nessa população visto que auxiliam positivamente no processo de autoeficácia e cuidado com o tratamento de pessoas infectadas pelo HIV.

O estigma interiorizado pode afetar diretamente o suporte social emocional e está relacionado com o menor grau de instrução, sendo estes mais propensos a endossar crenças baseadas no senso comum de modo que se culpam pela doença e geram avaliações negativas^{29,30}. Assim, o suporte social emocional ajuda a diminuir a legitimidade percebida de avaliações negativas, ajudando as pessoas que vivem com HIV a desenvolverem um sentido mais positivo de si mesmo, levando a uma menor internalização do estigma²⁹. A escola consiste em um importante aspecto de apoio social, visto que é local que dá início a amizades e possibilita a ajuda de outras pessoas como professores e colegas de aula no suporte social do tratamento, fato este que foi evidenciado pela associação entre a escolaridade com a fonte de apoio fornecida por amigos e outras pessoas.

O suporte social instrumental apresentou diferença significativa conforme a escolaridade, ressaltando que os participantes com nível de escolaridade de ensino

superior incompleto apresentaram correlação com o suporte social instrumental, resultado também identificado em outro estudo²⁹, pois as pessoas que ainda estão cursando o ensino superior geralmente, por não desenvolverem atividade remunerada, necessitam de suporte financeiro ou material. Sabe-se que apoio social instrumental serve de proteção para futuras experiências de estigma promulgado, entretanto não é protetor contra estigma interiorizado²⁹.

O estigma é um dos principais fatores que interferem no suporte social visto que pode desencadear um ciclo: amigos e familiares das pessoas infectadas pelo HIV abandonam o suporte fornecido a esses, tornando-se autores de discriminação com pessoas infectadas pelo HIV. Isto se deve ao fato de que amigos e familiares se tornam alvos de discriminação por associação^{29,31,32}. Demonstrando com este achado que pessoas infectadas pelo HIV são menos capazes de ter relações de apoio com amigos e familiares, e isso se associa com depressão e, quanto maior o estigma internalizado, menor a propensão de revelar a infecção pelo HIV a familiares e amigos^{33,34}.

Os participantes com menor tempo de diagnóstico e tratamento apresentaram correlação entre autoeficácia e suporte social emocional e há evidências de que o suporte social emocional é eficaz principalmente em pessoas que foram infectadas ou descobriram o diagnóstico recentemente³⁵. Esse suporte é fundamental no início do diagnóstico e tratamento para evitar/reduzir o estigma interiorizado, o qual pode reduzir a autoeficácia do tratamento²⁹.

A associação verificada entre o suporte social fornecido pelos profissionais de saúde e ao tempo de diagnóstico, a qual interfere no suporte instrumental, demonstra a necessidade de implementar e avaliar intervenções no tratamento, pois fatores como custos com o transporte e distância do local de tratamento podem levar ao abandono do mesmo³⁶, devendo o profissional de saúde fornecer todas as informações e suporte necessário para manutenção do tratamento.

A relação encontrada entre suporte social emocional e autoeficácia quando colegas de trabalho conheciam a situação de infecção pelo HIV dos participantes da pesquisa demonstra que quando recebido apoio de colegas de trabalho e familiares é mais fácil a procura e acompanhamento adequados em serviços de saúde, além da redução de sintomas de ansiedade e de depressão^{35,37}. Além disso, há aumento da adesão e da autoeficácia do tratamento medicamentoso³⁸. Demonstrando a consistência do envolvimento da rede trabalho, a qual pode ser verificada pela associação entre ter, como fonte de suporte social, colegas de trabalho e alguém no trabalho ter

conhecimento da infecção, em ambas dimensões desse suporte, ajudando o paciente a se sentir mais eficaz em relação a sua habilidade de seguir o tratamento.

A significância estatística da relação entre suporte social emocional e autoeficácia na população total, pode ser explicada por este possuir 1,15 vezes mais pessoas oferecendo a rede de suporte social quando comparadas ao suporte instrumental^{39,40}. Assim como a presença de suporte de familiares que residem com o participante constitui um fator de proteção no que tange tanto o suporte emocional como instrumental.

CONCLUSÃO

Somente o suporte social emocional possui associação com a autoeficácia, no que tange a população geral do estudo.

Ao ser estratificada a população foi verificado que os níveis baixos de escolaridade são influenciados pelo suporte social emocional e já os níveis mais elevados pelo suporte social instrumental, demonstrando que os com menor escolaridade buscam maior apoio na família e os com maior escolaridade necessitam de auxílio financeiro e material para a melhora do apoio social. Assim como quanto maior a escolaridade maior a possibilidade de receber suporte social de amigos e outras pessoas, tais como professores e colegas de aula.

A rede de apoio social é mais eficaz em pacientes com até cinco anos de tratamento/diagnóstico do HIV e após esse período, as pessoas que compõem essa rede podem se afastar por estigma de associação. Devendo os profissionais de saúde fornecer informações a respeito do tratamento da infecção, pois estes influenciam o suporte instrumental principalmente no início do tratamento.

Aliado a isto, os colegas de trabalho exercem influência sobre o suporte social e instrumental, os quais podem auxiliar na redução de sintomas depressivos e de ansiedade, pois eles auxiliam no apoio e incentivam a manutenção do tratamento antirretroviral.

A implicação prática para a equipe de saúde que atende pessoas infectadas pelo HIV deve ser a de incentivar o suporte social, principalmente de familiares e cônjuge que residem com o paciente, pois estes servem como uma barreira de proteção para a manutenção de níveis elevados de autoeficácia, de forma a reduzir problemas relacionados à adesão do tratamento com consequente melhora da adesão e da sobrevida.

REFERÊNCIAS

1. WHO. Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013. In: UNAIDS, ed. Geneva: UNAIDS; 2013.
2. Brasil. Boletim Epidemiológico - Aids e DST. In: Ministério da Saúde - Secretaria de Vigilância em Saúde - Departamento de DST AeHV, ed. Brasília, 2013.
3. Lombardo Pereira G, Costa Aguiar BG. Envejeciendo con AIDS o el AIDS en el envejecimiento: perfil epidemiológico en un hospital de la Universidad de Rio de Janeiro. *Enfermería Global*. 2012;11:10-20.
4. Wasti SP, van Teijlingen E, Simkhada P, et al. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment in Asian developing countries: a systematic review. *Tropical medicine & international health : TM & IH*. Jan 2012;17(1):71-81.
5. Parienti JJ, Bangsberg DR, Verdon R, Gardner EM. Better adherence with once-daily antiretroviral regimens: a meta-analysis. *Clinical infectious diseases : an official publication of the Infectious Diseases Society of America*. Feb 15 2009;48(4):484-488.
6. Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *The patient*. 2013;6(2):61-73.
7. Merten S, Kenter E, McKenzie O, Musheke M, Ntalasha H, Martin-Hilber A. Patient-reported barriers and drivers of adherence to antiretrovirals in sub-Saharan Africa: a meta-ethnography. *Tropical medicine & international health : TM & IH*. Jun 2010;15 Suppl 1:16-33.
8. Chesney MA, Ickovics JR, Chambers DB, et al. Self-reported adherence to antiretroviral medications among participants in HIV clinical trials: the AACTG adherence instruments. Patient Care Committee & Adherence Working Group of the Outcomes Committee of the Adult AIDS Clinical Trials Group (AACTG). *AIDS care*. Jun 2000;12(3):255-266.
9. Ironson G, Hayward H. Do positive psychosocial factors predict disease progression in HIV-1? A review of the evidence. *Psychosomatic medicine*. Jun 2008;70(5):546-554.
10. Smith R, Rossetto K, Peterson BL. A meta-analysis of disclosure of one's HIV-positive status, stigma and social support. *AIDS care*. Nov 2008;20(10):1266-1275.

11. Wolf MS, Davis TC, Osborn CY, Skripkauskas S, Bennett CL, Makoul G. Literacy, self-efficacy, and HIV medication adherence. *Patient education and counseling*. Feb 2007;65(2):253-260.
12. Swendeman D, Ingram BL, Rotheram-Borus MJ. Common elements in self-management of HIV and other chronic illnesses: an integrative framework. *AIDS care*. Oct 2009;21(10):1321-1334.
13. Leite JCdC, Drachler MdL, Centeno MO, Pinheiro CAT, Silveira VLd. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*. 2002;15:121-133.
14. Seidl EMF, Tróccoli BT. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 2006;22:317-326.
15. Bekele T, Rourke SB, Tucker R, et al. Direct and indirect effects of perceived social support on health-related quality of life in persons living with HIV/AIDS. *AIDS care*. 2013;25(3):337-346.
16. Colbert AM, Kim KH, Sereika SM, Erlen JA. An examination of the relationships among gender, health status, social support, and HIV-related stigma. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*. Jul-Aug 2010;21(4):302-313.
17. Caruthers ESCJAEKHKSMSD. Mediating roles of medication –taking self-efficacy and depressive symptoms on self-reported medication adherence in persons with HIV: A questionnaire survey. *Int J Nurs Stud*. 22/08/2007 2008;45(8):9.
18. Johnson MO, Neilands TB, Dilworth SE, Morin SF, Remien RH, Chesney MA. The role of self-efficacy in HIV treatment adherence: validation of the HIV Treatment Adherence Self-Efficacy Scale (HIV-ASES). *J Behav Med*. Oct 2007;30(5):359-370.
19. Chesney MA, Neilands TB, Chambers DB, Taylor JM, Folkman S. A validity and reliability study of the coping self-efficacy scale. *British journal of health psychology*. Sep 2006;11(Pt 3):421-437.
20. Kamau TM, Olsen VG, Zipp GP, Clark M. The effectiveness of social resource intervention to promote adherence to HIV medication in a multidisciplinary care setting in Kenya. *International journal of STD & AIDS*. Dec 2012;23(12):843-848.

21. Risa KJ, Nepon L, Justis JC, et al. Alternative therapy use in HIV-infected patients receiving highly active antiretroviral therapy. *International journal of STD & AIDS*. Oct 2002;13(10):706-713.
22. Claborn KR, Leffingwell TR, Miller MB, Meier E, Stephens JR. Pilot study examining the efficacy of an electronic intervention to promote HIV medication adherence. *AIDS care*. Mar 2014;26(3):404-409.
23. Reif S, Proeschold-Bell RJ, Yao J, et al. Three types of self-efficacy associated with medication adherence in patients with co-occurring HIV and substance use disorders, but only when mood disorders are present. *Journal of multidisciplinary healthcare*. 2013;6:229-237.
24. Brown JL, Littlewood RA, Venable PA. Social-cognitive correlates of antiretroviral therapy adherence among HIV-infected individuals receiving infectious disease care in a medium-sized northeastern US city. *AIDS care*. 2013;25(9):1149-1158.
25. Peltzer K, Ramlagan S, Jones D, Weiss SM, Fomundam H, Chanetsa L. Efficacy of a lay health worker led group antiretroviral medication adherence training among non-adherent HIV-positive patients in KwaZulu-Natal, South Africa: results from a randomized trial. *SAHARA J : journal of Social Aspects of HIV/AIDS Research Alliance / SAHARA , Human Sciences Research Council*. Nov 2012;9(4):218-226.
26. Nokes K, Johnson MO, Webel A, et al. Focus on increasing treatment self-efficacy to improve human immunodeficiency virus treatment adherence. *Journal of nursing scholarship : an official publication of Sigma Theta Tau International Honor Society of Nursing / Sigma Theta Tau*. Dec 2012;44(4):403-410.
27. Kalichman SC, Ramachandran B, Catz S. Adherence to combination antiretroviral therapies in HIV patients of low health literacy. *Journal of general internal medicine*. May 1999;14(5):267-273.
28. Johnson MO, Dilworth SE, Taylor JM, Darbes LA, Comfort ML, Neilands TB. Primary relationships, HIV treatment adherence, and virologic control. *AIDS and behavior*. Aug 2012;16(6):1511-1521.
29. Casale M, Wild L, Kuo C. "They give us hope": HIV-positive caregivers' perspectives on the role of social support for health. *AIDS care*. 2013;25(10):1203-1209.

30. Corrigan PW, Watson AC. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. *Clinical Psychology: Science and Practice*. 2002;9(1):35-53.
31. Bogart LM, Cowgill BO, Kennedy D, et al. HIV-related stigma among people with HIV and their families: a qualitative analysis. *AIDS and behavior*. Mar 2008;12(2):244-254.
32. Yang LH, Kleinman A. 'Face' and the embodiment of stigma in China: the cases of schizophrenia and AIDS. *Social science & medicine (1982)*. Aug 2008;67(3):398-408.
33. Simbayi LC, Kalichman S, Strebel A, Cloete A, Henda N, Mqeketo A. Internalized stigma, discrimination, and depression among men and women living with HIV/AIDS in Cape Town, South Africa. *Social science & medicine (1982)*. May 2007;64(9):1823-1831.
34. Tsai AC, Bangsberg DR, Kegeles SM, et al. Internalized stigma, social distance, and disclosure of HIV seropositivity in rural Uganda. *Annals of behavioral medicine : a publication of the Society of Behavioral Medicine*. Dec 2013;46(3):285-294.
35. Kelly JD, Hartman C, Graham J, Kallen MA, Giordano TP. Social Support as a Predictor of Early Diagnosis, Linkage, Retention, and Adherence to HIV Care: Results From The Steps Study. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care : JANAC*. Feb 6 2014.
36. Govindasamy D, Ford N, Kranzer K. Risk factors, barriers and facilitators for linkage to antiretroviral therapy care: a systematic review. *AIDS (London, England)*. Oct 23 2012;26(16):2059-2067.
37. Liu L, Pang R, Sun W, et al. Functional social support, psychological capital, and depressive and anxiety symptoms among people living with HIV/AIDS employed full-time. *BMC psychiatry*. 2013;13:324.
38. Fuertes JN, Mislouack A, Bennett J, et al. The physician-patient working alliance. *Patient education and counseling*. Apr 2007;66(1):29-36.
39. Tsai AC, Bangsberg DR, Frongillo EA, et al. Food insecurity, depression and the modifying role of social support among people living with HIV/AIDS in rural Uganda. *Social science & medicine (1982)*. Jun 2012;74(12):2012-2019.
40. Andrinopoulos K, Clum G, Murphy DA, et al. Health related quality of life and psychosocial correlates among HIV-infected adolescent and young adult women in the US. *AIDS Educ Prev*. 2011;23(4):14.

3 CONCLUSÃO

Este estudo possibilitou verificar que o suporte social emocional influencia nos níveis de autoeficácia do TARV. Assim, em função dos resultados obtidos neste estudo sejam utilizados no ensino, pesquisa e extensão (assistência em saúde).

No ensino, propõe-se que sejam utilizados estes dados para o desenvolvimento de ações, através de discussões e reflexões em sala de aula, que visem a manutenção das condições ideais do tratamento antirretroviral e o cuidado adequado para redução das alterações em decorrência da autoeficácia do tratamento.

Na pesquisa, a elaboração de novos projetos longitudinais e prospectivos para buscar se ações de intervenções alteram os níveis de suporte social fornecido, com conseqüente repercussão na autoeficácia do tratamento antirretroviral, e se estas influenciam na qualidade de vida e tratamento dos pacientes.

Na extensão, consiste em ações que visem a alteração da prática da equipe em saúde que consiste em guiar os profissionais frente ao padrão de DDI e incentivar o suporte social da rede de apoio deste paciente.

Espera-se assim que os achados deste estudo contribuam para a melhoria das ações de ensino, pesquisa e extensão visando a promoção da saúde das pessoas infectadas pelo HIV, resultando em um aumento da qualidade de vida, assim como eficácia e eficiência do tratamento antirretroviral.

REFERÊNCIAS

ALENCAR, T. M. D.; NEMES, M. I. B.; VELLOSO, M. A. Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.13, n.6, p.1841-1849, 2008.

ALMEIDA, E. L. et al. Adesão dos portadores do HIV/AIDS ao tratamento: fatores intervenientes. **REME – Revista Mineira de Enfermagem**, v.15, n.2, p. 208-216, 2011.

ATKINSON, J. S.; SCHÖNNESSON, L.N.; WILLIAMS, M.L.; TIMPSON, S.C. Associations among correlates of schedule adherence to antiretroviral therapy (ART): a path analysis of a sample of crack cocaine using sexually active African-Americans with HIV infection. **AIDS Care**. v.20, n.2, p. 253-262, 2008.

BANDURA, A. Toward a Psychology of Human Agency. **Association for Psychological Science**. v.1, n. 2, 164-180, 2006.

BONOLO, P. F.; GOMES, R. R. F. M.; GUIMARAES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiologia, Serviço e Saúde**. v.16, n.4, p. 267-278, 2007.

BRASIL, **Ministério da Saúde**. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e AIDS. Boletim Epidemiológico AIDS/DST 2012.

_____. **Boletim Epidemiológico - Aids e DST**. MINISTÉRIO DA SAÚDE - SECRETARIA DE VIGILÂNCIA EM SAÚDE - DEPARTAMENTO DE DST, AIDS e HIV, Brasília 2013.

BURGESS, M. J.; KASTEN, M. J. Human immunodeficiency virus: what primary care clinicians need to know. **Mayo Clin Proc**, v. 88, n. 12, p. 1468-74, 2013.

CARVALHO, F. T.; MORAIS, N. A.; KOLLER, S. H.; PICCININI, C. A. Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. **Caderno de Saúde Pública**, v. 23, n. 9, 2007 .

CHEQUER, P.; HEARST, N.; CASTILHO E. A.; RODRIGUES, L.; PERALTA, M.; LANDMANN, C, et al. **HIV antibody prevalence in STD patients of five**

state capitals in Brazil. In: VIII International Conference on AIDS, Amsterdã, 1992.

COELHO, L.; VELOSO, V.G.; GRINGSZTEJN, B.; LUZ, P.M.. Trends in overall opportunistic illnesses, *Pneumocystis carinii* pneumonia, cerebral toxoplasmosis and *Mycobacterium avium* complex incidence rates over the 30 years of the HIV epidemic: a systematic review. **Braz J Infect Dis**, v. 18, n. 2, p. 196-210, 2014.

COSTA, J. S. D.; VICTORA, C. G. O que é "um problema de saúde pública"?. **Revista brasileira de epidemiologia**. v.9, n.1, p.144-146, 2006.

DINIZ, L. M. O. et al. Impacto da terapia antirretroviral combinada no crescimento e nas taxas de hospitalização de crianças infectadas pelo HIV. **Journal of Pediatrics**. v.87, n.2, p. 131-137, 2011.

DOYLE, T.; SMITH, C.; VITIELLO, P.; CAMBIANO, V.; JOHNSON, M.; OWEN, A.; et al. Plasma HIV-1 RNA Detection Below 50 Copies/mL and Risk of Virologic Rebound in Patients Receiving Highly Active Antiretroviral Therapy. **Clinical Infectious Diseases**, v. 54, n. 5, p. 724-732, 2012.

GRANGEIRO, A.; LAURINDO DA SILVA, L.; TEIXEIRA, P. R. Resposta à aids no Brasil: contribuições dos movimentos sociais e da reforma sanitária. **Revista Panamericana de Salud Publica**. v.26, n. 1, p. 87-94, 2009.

GUIBU, I. A.; BARROS, M. B. A.; CORDEIRO, M. R. D.; TAYRA, A.; ALVES, M. C. G. P.; PEREIRA, G.F.M. **Estudo de Sobrevida de Pacientes de AIDS no Brasil, 1998 a 1999” – Fase I – Regiões Sul e Sudeste.** PN-DST/AIDS – *Boletim Epidemiológico – Aids e DST*, v.1, n.31, 2008.

HAMMER, M. F.; MENDEZ, F.L.; COX, M.P.; WOERNER, A.E.; WALL, J.D. Sex-Biased Evolutionary Forces Shape Genomic Patterns of Human Diversity. **PLoS Genet**, v. 4, n. 9, 2008.

LAHUERTA, M.; HOFFMAN, S.; ELUL, B.; WU, Y.; GORRELL, K.S.; REMIEN, R.H.; et al. **Change over time in CD4+ count and disease stage at entry into HIV care and ART initiation: Findings from 9 sub-Saharan African countries.** *Conferencia sobre retrovirus e infecciones oportunistas, Seattle, Washington, EE.UU., 2012*

LEITE, J.C.D.C.; DRACHLER, M.L.; CENTENO, M.O.; PINHEIRO, C.A.T.; SILVEIRA, V.L. Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. **Psicologia: Reflexão e Crítica**, v. 15, p. 121-133, 2002.

LIMA, V.D.; JOHNSTON, K.; HOGG, R. S.; LEVY, A. R.; HARRIGAN, P. R.; ANEMA, A.; MONTANER, J.S. Expanded access to highly active antiretroviral therapy: a potentially powerful strategy to curb the growth of the HIV epidemic. **Journal of Infectious Diseases**, v198, p. 59–67, 2008

LOHSE, N; HANSEN, A.B.; PEDERSEN, G. *et al.* Survival of persons with and without HIV infection in Denmark, 1995-2005. **Annals of Internal Medicine**, v. 146, 2007.

MAARTENS, G.; CELUM, C.; LEWIN, S. R. HIV infection: epidemiology, pathogenesis, treatment, and prevention. **Lancet**, 2014.

MAK, W.W. S.; CHEUNG, R. Y.; LAW, R.W.; WOO, J.; LI, P.C.; CHUNG, R.W.. Examining attribution model of self-stigma on social support and psychological well-being among people with HIV+/AIDS. **Social Science & Medicine**. v.64, n.8, p. 1549-1559, 2007.

MANNHEIMER, S.; FRIEDLAND, G.; MATTS, J.; CHILD, C.; CHESNEY, M. The consistency of adherence to antiretroviral therapy predicts biologic outcomes for human immunodeficiency virus-infected persons in clinical trials. **Clinical Infectious Diseases** , v. 34, n. 8, 2002.

MEIRELLES, B. H. S. et al. Percepções da qualidade de vida de pessoas com HIV/AIDS. **Rev. Rene**. Fortaleza, v. 11, n. 3, p. 68-76, 2010.

NEMES, A; FORSTER, T.; CSANADY, M. Antiretroviral therapy adherence in Brazil. **AIDS**, v18, n.3, 2004.

PADOIN, S. M. M.; MACHIESQUI, S. R.; PAULA, C. C.; TRONCO, C. S.; MARCHI, M. C. O cotidiano terapêutico de adultos portadores da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Revista de Enfermagem UERJ.**, v. 18, n. 3, p. 389-393, 2010.

PEREIRA, A. J.; NICHATA, L. Y. I. A sociedade civil contra a Aids: demandas coletivas e políticas públicas. **Ciência & Saúde Coletiva**. v.16, n.7, p.3249-3257, 2011.

PEREIRA, G. L.; AGUIAR, B. G. C. Envelhecendo com Aids ou a Aids no envelhecimento: perfil epidemiológico em um Hospital Universitario do Rio de Janeiro. **Enfermería Global**. v. 11, n. 26, p. 10-20, 2012.

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. supl. 10, p. 1201-1208, 2010.

REMOR, E. Social support and quality of life in the HIV infection. **Aten Primaria**, v. 30, n. 3, p. 143-8, 2002.

RODRIGUES, M. A.; SEIDL, E. M. F. A importância do apoio social em pacientes coronarianos. **Paidéia**. v.18, n.40, p. 279-288, 2008.

ROSEN, S.; FOX, M.P. Retention in HIV care between testing and treatment in sub-Saharan Africa: a systematic review. **PLoS Medicine**, 2011.

SANTOS, W.J.M.; DRUMOND, E. F.; GOMES, A. S.; CORRÊA, C.M.; FREITAS, M. I. F. . Barreiras e aspectos facilitadores da adesão à terapia antirretroviral em Belo Horizonte-MG. **Revista brasileira de enfermagem**, Brasília , v. 64, n. 6, 2011 .

SCHOLZ, U.; DONDA, B. G.; SUD, S.; SCHWARZER, R.. Is general self-efficacy a universal construct? **European Journal of Psychological Assessment**. n.18 v.3, p. 242-251, 2002.

SEIDL, E. M. F.; MELCHIADES, A.; FARIAS, V.; BRITO, A. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral. **Caderno de Saúde Pública**. n.23, v.10, p. 2305-2316, 2007.

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. 317-326, 2006.

SENDI, P, PALMER, A.J, GAFNI, A, AND BATTEGAY, M. Highly active antiretroviral therapy: Pharmacoeconomic issues in the management of HIV infection. **PharmacoEconomics**. v. 19, p 709–713, 2001

SENDI, P.; PALMER, A.J.; GAFNI, A.; BATTEGAY, M. Highly Active Antiretroviral Therapy. **PharmacoEconomics**, v. 19, n. 7, p. 709-713, 2001.

SILVA, S. F. R.; PEREIRA, M. R. P.; MOTTA NETO, R.; PONTE, M. F.; RIBEIRO, I. F.; et al. Aids no Brasil: uma epidemia em transformação. **Revista Brasileira de Análises Clínicas**. v. 42, n. 3, p. 209-212, 2010.

STAVETEIG, S.; WANG, S.; HEAD, S. K.; BRADLEY, S.E.K.; NYBRO, E. **Demographic patterns of HIV testing uptake in sub-Saharan Africa**. Calverton, MD, ICF International, 2013.

TAKAKI, J.; YANO, E. Possible gender differences in the relationship between self-efficacy and the internal locus of control with compliance in hemodialysis patients. **Behavioral Medicine**. v. 32, n. 1, p. 5-11, 2006.

TORRES, T. L.; CAMARGO, B. V. Representações sociais da Aids e da Terapia Anti-retroviral para pessoas vivendo com HIV. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**. v. 10, n. 1, p. 64-78, 2008.

TROMBINI, E. S.; SCHERMANN, L. B. Prevalência e fatores associados à adesão de crianças na terapia antirretroviral em três centros urbanos do sul do Brasil. **Ciência & Saúde Coletiva**. v. 15, n. 2, p. 419-425, 2010.

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



VENSKE, S; SUCCI, R. C.; PEDROMÔNICO, M. R. M. Crianças com SIDA: efeitos da terapia antirretroviral no desenvolvimento cognitivo. **Revista da sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar**, Belo Horizonte, v.4, n. 2, 2001.

WHO & UNAIDS. **Global update on HIV treatment: results, impact and opportunities**. Genebra, Organización Mundial de la Salud, 2013.

WHO. **Global report: UNAIDS report on the global AIDS epidemic 2013**. UNAIDS. Geneva: UNAIDS 2013.

ANEXO I

Aprovação CEP

 <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 II
TERMO DE COMPROMISSO PARA UTILIZAÇÃO DE INFORMAÇÕES DE
BANCO DE DADOS

PESQUISA: Relação Entre Expectativa Da Autoeficácia E Suporte Social À
Terapia Antirretroviral De Adultos Com HIV/AIDS
PESQUISADORA RESPONSÁVEL: Enf^a. Dra Stela Maris de Mello Padoin
MESTANDO: Enf^o. Esp. Wendel Mombaque dos Santos
BASE DE DADOS A SER UTILIZADA: Pesquisa TARV IV

Como pesquisador (a) supra qualificado (a) comprometo-me com 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 auto-estima, 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: 11 de novembro de 2013.

Dra Stela Maris de Mello Padoin
Coordenadora do projeto

ANEXO III

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: Relação Entre Expectativa Da Autoeficácia E Suporte Social À Terapia Antirretroviral De Adultos Com HIV/AIDS

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

MESTANDO: Enf^o. Esp. Wendel Mombaque dos Santos

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: 11 de novembro de 2013.

Dra Stela Maris de Mello Padoin
Coordenadora do projeto