

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

**Rafael da Silva Oliveira**

**SUPORTE SOCIAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO  
ANTIRRETROVIRAL PARA O HIV**

Santa Maria, RS  
2019

Rafael da Silva Oliveira

**SUPORTE SOCIAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA  
O HIV**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção de título de **Mestre em Enfermagem**

Orientadora: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin

Santa Maria, RS  
2019

**Rafael da Silva Oliveira**

**SUPORTE SOCIAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA  
O HIV**

Dissertação de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Área de Concentração: Cuidado, educação e trabalho em enfermagem e saúde, Linha de Pesquisa: Cuidado em Enfermagem e Saúde, da Universidade Federal de Santa Maria, como requisito parcial para obtenção de título de **Mestre em Enfermagem**

**Aprovado em 28 de fevereiro de 2019:**

---

**Stela Maris de Mello Padoin, Doutora (UFSM)**  
(Presidente/Orientadora)

---

**Cristiane Cardoso de Paula, Doutora (UFSM)**

---

**Eliane Maria Fleury Seidl, Doutora (UnB)**

---

**Tânia Solange Bosi Souza Magnago, Doutora (UFSM)**  
(Suplente)

Santa Maria, RS  
2019

## RESUMO

### SUPORTE SOCIAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL PARA O HIV

AUTOR: Rafael da Silva Oliveira

ORIENTADOR: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin

**Introdução:** A introdução do tratamento antirretroviral possibilitou o controle da epidemia e transformou a infecção pelo vírus da imunodeficiência humana em condição crônica. Para o tratamento ser considerado eficaz a pessoa deve manter adesão ao tratamento, que pode ser impactada positivamente ou negativamente por diversos fatores, entre eles o suporte social, constructo teórico desenvolvido na década de 1970. Sendo assim, este estudo tem o objetivo de mensurar e correlacionar suporte social, adesão ao tratamento e os fatores sociodemográficos que influenciam em ambos. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, recorte do projeto matricial “O uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antirretroviral” realizado no Ambulatório Adulto do Hospital Universitário de Santa Maria. A amostra foi composta por 168 participantes com a coleta de dados desenvolvida no período de julho de 2016 até agosto de 2018. Para essa pesquisa foram utilizados um instrumento de caracterização sociodemográficas, clínica, um questionário para a avaliação da adesão a TARV (CEAT – VIH) e a Escala de Suporte Social para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Para a coleta e inserção dos dados foi utilizado o programa Epi-info®, versão 7.0. Após a verificação de erros e inconsistências, a análise dos dados foi realizada no programa SPSS 20.0 for Windows. Foi realizada a análise descritiva das variáveis e correlação de Spearman para verificar: 1) a relação entre os escores obtidos nas escalas de adesão ao tratamento antirretroviral e demais variáveis sociodemográficas e clínicas; 2) suporte social as pessoas vivendo com HIV e demais variáveis sociodemográficas e clínicas; 3) relação entre suporte social e adesão. **Resultados:** A população desse estudo foi composta pela maioria de homens 56% (n=95), brancos 64,3% (n=108), que convivem com seus parceiros 50,6 (n=85). A adesão ao tratamento foi classificada como insuficiente para 63,7% (n=107) dos participantes. A média de Suporte Social foi de 3.53 (DP=0,66) pontos. A maioria dos participantes, 44,6% (n=75) relataram receber apoio para seguir o tratamento advindo de familiares próximos, como pais, mães, irmãos e cônjuges. Foi identificada correlação positiva significativa ( $p < 0,05$ ) entre os domínios da adesão (antecedentes de falha de adesão e comunicação médico-paciente) com o fator de suporte social emocional. **Conclusões:** Conclui-se que os participantes dispõem de suporte social, provindos principalmente da família nuclear e que há fatores socioeconômicos que estão relacionados com os mesmos. Mesmo dispondo de apoio emocional e instrumental considerados satisfatórios, não foram suficientes para elevar os escores de adesão, considerados insuficientes pela classificação proposta pelo CEAT-VIH. Encontraram-se relacionados com os fatores suporte emocional com os domínios de antecedentes de falta de adesão e comunicação médico-paciente.

**Descritores:** Apoio Social. Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. HIV. Terapia Antirretroviral de Alta Atividade. Adesão à Medicação. Enfermagem.

## ABSTRACT

### SOCIAL SUPPORT IN ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT TO HIV

AUTHOR: Rafael da Silva Oliveira  
MENTOR: Prof<sup>a</sup>. Dr<sup>a</sup>. Stela Maris de Mello Padoin

**Introduction:** The introduction of antiretroviral treatment made it possible to control the epidemic and transformed the human immunodeficiency virus infection into a chronic condition. For effectiveness of the treatment the person must maintain adherence to treatment, which can be positively or negatively impacted by several factors, including social support, a theoretical construct developed in the 1970s. Therefore, this study aims to measure and correlate social support, adherence to treatment and sociodemographic factors that influence both. **Method:** This is a cross-sectional study, from the matrix project "The use of text messages in adherence to antiretroviral treatment", carried out at the University Hospital of Santa Maria. The sample was composed of 168 participants with the data collection developed from July 2016 to August 2018. This research used a tool for clinical and sociodemographic characterization, a questionnaire for evaluation of ART adherence (CEAT - HIV) and the Social Support Scale for people living with HIV / AIDS. The data collection was made using Epi-info®, version 7.0. After checking for errors and inconsistencies, the data analysis was performed in the SPSS 20.0 for Windows. A descriptive analysis and Spearman's correlation was performed to verify: 1) the relationship between the scores obtained in the antiretroviral treatment adherence scales and other sociodemographic and clinical variables; 2) social support for people living with HIV and other sociodemographic and clinical variables; 3) relationship between social support and adherence. **Results:** The population of this study consisted of 56% (n = 95) males, whites 64.3% (n = 108), 50.6% (n = 85) are living with their partners. Adherence to treatment was classified as insufficient for 63.7% (n = 107) of the participants. The mean of Social Support score was 3.53 (SD = 0.66). Most participants, 44.6% (n = 75) reported receiving support to follow treatment from close relatives such as parents, mothers, siblings and spouses. Significant positive correlation ( $p < 0.05$ ) between the adherence domains (antecedents of adhesion failure and physician-patient communication) was identified with the emotional social support factor. **Conclusions:** It is concluded that the participants have social support, mainly coming from the nuclear family and that there are socioeconomic factors that are related to them. Even with emotional and instrumental support considered satisfactory, they were not sufficient to raise the adherence scores, considered insufficient by the classification proposed by CEAT-VIH. We found related emotional support factors with the backgrounds domains of lack of adherence and physician-patient communication.

**MeSH terms:** Social Support. Acquired Immunodeficiency Syndrome. Highly Active Antiretroviral Therapy. Medication Adherence. Nursing.

## AGRADECIMENTOS

*Primeiramente aos meus pais, **Flavio e Anamir**. Posso ter o nariz de um, ou os olhos do outro, mas meu caráter, meus valores e minha felicidade devo aos dois igualmente. Hoje mais uma vez posso apenas agradecer por tudo que vocês têm me dado, pois nunca conseguirei compensar devidamente a dedicação que sempre manifestaram.*

*Ao meu irmão, **Eduardo** e demais familiares, pela compreensão da minha ausência em alguns momentos. Obrigado pela torcida!*

*A minha orientadora, **Dra. Stela Maris de Mello Padoin** pela oportunidade de participação no grupo de pesquisa, pela confiança em mim depositada. Os meus mais sinceros agradecimentos.*

*A toda a equipe do “TARV V”, **Wendel, Marcelo, Priscila (Moiô), Cid, Patrícia (Pré), Joseph, Aiodellê, Marília** que depois de todas as atividades relacionadas ao projeto tornaram possível a conclusão dessa dissertação.*

*Aos integrantes do **Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas Família e Sociedade**, sou grato pelo apoio, amizade e experiências compartilhadas.*

*Aos amigos, **Ariane, Débora, Érika, Franciele, Gabriela, Helenna, João, Juliane, Marcelo, Mariana e Victor, Iris (Ingrid), Carlos, Daiani, Tamiris, Victor M. e Bruno**, obrigado pelo apoio, incentivo e momentos de descontração que sempre foram essenciais para seguir no caminho.*

*Às agências fomentadoras Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), Hospital Universitário de Santa Maria, Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Rio Grande do Sul (FAPERGS) pelo apoio financeiro para a realização do Projeto Matricial “O uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antirretroviral (TARV V)”, o qual foi de extrema importância para a realização deste trabalho.*

*A todos os demais que fizeram parte de minha formação de alguma forma, muito obrigado!*

## SUMÁRIO

APRESENTAÇÃO.....	7
1 INTRODUÇÃO .....	9
2 OBJETIVOS .....	12
2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS .....	12
3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	13
3.1 A EPIDEMIA DO HIV NO BRASIL .....	13
3.1.1 <i>A união dos primeiros grupos afetados pela infecção</i> .....	13
3.1.2 <i>Dados epidemiológicos da infecção</i> .....	14
3.1.3 <i>Terapia antirretroviral de alta atividade e adesão ao tratamento como modificadoras da epidemia</i> .....	15
3.1.4 <i>Da perspectiva de grupos de risco ao conceito de vulnerabilidade</i> .....	16
3.2 RESPOSTAS DO ESTADO BRASILEIRO AO CONTROLE DA EPIDEMIA .....	17
3.3 PROGRESSÃO CLÍNICA DA INFECÇÃO .....	19
3.4 O CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV E SUPORTE SOCIAL .....	20
3.5 A UTILIZAÇÃO DO CONSTRUCTO DE SUPORTE SOCIAL NAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM NO BRASIL.....	22
4 MÉTODO.....	32
4.1 TIPO DE ESTUDO .....	32
4.2 LOCAL DO ESTUDO .....	32
4.3 POPULAÇÃO.....	33
4.3.1 <i>Amostra</i> .....	33
4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS.....	34
4.4.1 <i>Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral</i> .....	34
4.4.2 <i>Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/AIDS</i> .....	35
4.4.3 <i>Caracterização clínica e sociodemográfica</i> .....	36
4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO .....	36
4.5.1 <i>Variáveis independentes</i> .....	36
4.6 LOGÍSTICA DO ESTUDO .....	37
4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA .....	38
4.8 ASPECTOS ÉTICOS .....	39
5 RESULTADOS .....	41
5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PERFIL CLÍNICO .....	41
5.2 SUPORTE SOCIAL.....	43
5.3 CARACTERIZAÇÃO DO CEAT-VIH.....	45
5.4 CORRELAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL E ADESÃO .....	47
6 DISCUSSÃO .....	48
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	55
REFERÊNCIAS .....	57
APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	66
APENDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	68
APENDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE .....	70
ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO USO DO CEAT-VIH .....	71

## APRESENTAÇÃO

Ao longo de minhas vivências no Grupo de Pesquisa, Cuidado a Pessoas, Famílias e Sociedade, participei como bolsista de iniciação científica no projeto matricial intitulado “Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que têm HIV/AIDS (TARV IV)” (2013-2016), sob responsabilidade da Pesquisadora Doutora Stela Maris de Mello Padoin, a qual obteve captação de recurso do CNPq no Edital Universal de 2012 (processo nº 478824/2012-2). Com tal experiência foi possível compreender a importância da adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV para que as pessoas tenham melhor prognóstico e uma vida com mais qualidade. Também foi possível acompanhar tal estudo que teve como interesse investigativo conhecer os diversos fatores que interferem na adesão.

O referido projeto evidenciou importantes resultados em três (03) dissertações. Na primeira, indivíduos em tratamento para HIV no ambulatório de doenças infecciosas do Hospital Universitário de Santa Maria, em Santa Maria/RS, apresentaram baixa adesão ao tratamento (ZUGE, 2013; ZUGE et al., 2017).

Na segunda dissertação, o suporte fornecido por parceiro/a e familiares aumentaram a sensação de bem-estar, melhorando a saúde mental e proporcionaram condições para o enfrentamento da condição sorológica. Além disso, ressaltaram a importância dos profissionais da assistência no apoio emocional, uma vez que as instituições de saúde estão entre os poucos lugares em que as pessoas vivendo com HIV revelam seu diagnóstico, isso devido ao medo de preconceito e discriminação. Consideraram que 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, fundamentados no suporte social recebido (MARCHI, 2014; MARCHI et al., 2018).

Os resultados da terceira dissertação mostraram influência do suporte social emocional na auto-eficácia para o cumprimento do tratamento antirretroviral e na adesão do tratamento antirretroviral em si. Também que quanto maior a escolaridade maior a possibilidade de receber suporte social de amigos e outras pessoas (SANTOS, 2014; SANTOS *et al.*, 2015).

Os resultados dos estudos implicaram na necessidade de intervenções nesse cenário e levaram GP-PEFAS a elaboração e desenvolvimento do projeto matricial sucessor “O uso de mensagens de texto na adesão ao tratamento antirretroviral



(TARV V) ”, com captação de recurso do CNPq no Edital Universal de 2015 (processo nº 408709/2016-2) com fomento de custeio, capital e bolsas de iniciação científica e técnica.

Durante o Curso de Mestrado no período de 2017 a 2019 tive a oportunidade de trabalhar neste projeto sucessor, com o Suporte Social como objeto de pesquisa. O projeto matricial é um Ensaio Clínico Randomizado (ECR) que tem como principal objetivo verificar a influência de mensagens de texto baseadas no suporte social na adesão ao tratamento antirretroviral para o HIV, na qualidade de vida, na auto-eficácia e no suporte social.

Como produtos acadêmicos, o projeto matricial teve dois produtos apresentados em 2017. Uma dissertação de mestrado em que o objetivo foi avaliar se a qualidade de vida está associada a adesão ao tratamento antirretroviral, com recorte transversal. O estudo concluiu que a partir da associação há relações positivas e negativas entre as variáveis e as dimensões da qualidade de vida, indicando a necessidade de estratégias nos serviços de saúde que assistem essa população (PRIMEIRA, 2018). TESE DO SAMUEL

No relatório em tela e sob minha responsabilidade, apresentarei a relação entre os fatores socioeconômicos, a adesão e o suporte social, considerando a coleta de dados da linha de base do primeiro momento do ECR, ponderando para a análise o desenho de pesquisa na abordagem quantitativa e transversal.

## 1 INTRODUÇÃO

Nos últimos anos da década de 1970 a epidemia de Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) acometia somente os denominados “grupos de risco”. Esses eram grupos populacionais conhecidos como os “5Hs” pois se referia aos homossexuais, heroinômanos, hemofílicos, haitianos e *hookers* (termo em inglês para profissionais do sexo). O causador de tal síndrome, o Vírus da Imunodeficiência Humana, só foi identificado na década de 1980 (CURRAN; JAFFE, 2015; GRECO, 2016; RODRIGUES-JÚNIOR; RUFFINO-NETTO; CASTILHO, 2014).

Até 2018 as infecções por HIV/AIDS contabilizaram 926.742 casos notificados no sistema de vigilância em saúde do Brasil, sendo que de 2005 a 2015 o país apresentou uma média de 41.000 novos casos notificados por ano (BRASIL, 2018). O perfil epidemiológico de infecção pelo HIV teve várias mudanças ao longo das décadas, em que saiu de grupos isolados e se espalhou para o resto da população. É tida atualmente como uma doença crônica pois é uma infecção permanente, que causa alterações patológicas irreversíveis que podem incapacitar de alguma forma e demanda de cuidados específicos exigindo uma formação especial do indivíduo para a reabilitação com longos períodos de supervisão, observação ou cuidados (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000; DORA, 1996; GRANGEIRO, 2016; POLEJACK; SEIDL, 2010; SCHAURICH; FREITAS, 2011a).

A cronicidade da infecção deve-se a resposta exemplar do Estado à epidemia, com instituição de políticas de proteção, prevenção e da distribuição gratuita de medicamentos (GRECO, 2016; VIDAL et al., 2009; VIEIRA et al., 2012). Mas apesar dos esforços contínuos, e dos avanços nas políticas, houve uma estabilização na taxa de detecção que hoje é de 18 novos casos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2018; VIDAL et al., 2009; VIEIRA et al., 2012). A visão equivocada de controle absoluto da epidemia dificulta a necessária discussão acerca de novas estratégias de manejo de medidas preventivas, especialmente em grupos populacionais que se encontram vulneráveis (AYRES et al., 2003a; GARCIA; DE SOUZA, 2010; MAIA; GUILHEM; FREITAS, 2008). Segundo Greco (2016) é necessário o enfrentamento da disparidade, da pobreza e discriminação a fim de diminuir a vulnerabilidade das pessoas em relação ao HIV, pois essas dificultam o acesso aos cuidados necessários e diminuem a adesão ao tratamento.

O Tratamento Antirretroviral (TARV) imediato é uma das estratégias de controle adotadas pelo Brasil (BRASIL, 2017). Com início precoce do uso de antirretrovirais (ARVs), há redução da morbi-mortalidade de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) por infecções oportunistas além de evitar novas infecções do HIV na população, considerando que pessoas com carga viral suprimida não transmitem o vírus (BRASIL, 2017; HARGREAVES et al., 2016; PALELLA JR. et al., 2006; POLEJACK; SEIDL, 2010; SURRATT et al., 2014).

Considera-se carga viral suprimida quando houver a supressão da replicação viral e isso depende de uma boa adesão a TARV. Essa é um processo colaborativo entre usuário e profissional de saúde para o seguimento de cuidados prescritos, especialmente tomada de medicamentos (BRASIL, 2009). A adesão à TARV pode ser influenciada por diversos fatores que incluem a percepção do sujeito sobre si mesmo, fatores sociodemográficos, presença de co-morbidades, esquema medicamentoso, serviço de atendimento, da rede de apoio que a PVHIV possui e do suporte que essa rede oferece (BONOLO; GOMES; GUIMARÃES, 2007; KATZ et al., 2013; LANGEBEEK et al., 2014; PARKER et al., 2017; SANTOS et al., 2015). Essa rede de apoio que a PVHIV dispõe pode fornecer meios e incentivo para que ela tenha adesão ao tratamento (SARASON; SARASON, 1985)

O apoio social é definido como informação que leva a acreditar que ele é cuidado, amado, estimado e membro de uma rede de obrigações mútuas, fazendo com que as pessoas se protejam contra as consequências do estresse. O apoio social pode proteger as pessoas de uma ampla variedade de estados patológicos como: do baixo peso ao nascer à morte, da artrite à tuberculose, à depressão, ao alcoolismo. Além disso, o apoio social pode reduzir a quantidade de medicação necessária, acelerar a recuperação e facilitar o cumprimento dos esquemas médicos prescritos afirmando que as relações sociais de familiares, amigos, profissionais e inclusive de profissionais da saúde, interferem na qualidade de vida, bem-estar e na maneira que o indivíduo encara e adere ao tratamento prescrito (COBB, 1976).

Desse modo, estudos apontam que quanto maior a percepção de suporte social melhor a adesão à TARV. Por outro lado, a falta de suporte social influencia negativamente na adesão à TARV, o que pode implicar em resistência viral, adoecimento por complicações da AIDS e disseminação da infecção pelo vírus (KELLY et al., 2014; KHAMARKO; MYERS, 2013; PRACHAKUL; GRANT; KELTNER, 2007; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; SEIDL; ZANNON; TRÓCOLI, 2005).

Frente as várias situações de agravos da doença evidencia-se a importância do suporte social às PVHIV, pois esse influencia no modo de enfrentamento dessas pessoas à infecção (MALAVÉ et al., 2014; PRACHAKUL; GRANT; KELTNER, 2007; STEWARD et al., 2013; TILAHUN; MARIAM; TSUI, 2012). Sendo assim, é importante a avaliação do suporte social de adultos vivendo com HIV e a influência sobre a adesão ao tratamento antirretroviral.

## 2 OBJETIVOS

Mensurar e correlacionar suporte social, adesão ao tratamento e os fatores sociodemográficos que influenciam em ambos.

### 2.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever o perfil sociodemográficos, econômico e clínico dos adultos com HIV;
- Classificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral, por meio do Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV;
- Identificar o suporte social, por meio da escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV;
- Verificar a relação entre o suporte social e a adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV
- Verificar a relação entre fatores sociodemográficos e suporte social
- Verificar a relação entre fatores sociodemográficos e adesão.

### **3 FUNDAMENTAÇÃO TEÓRICA**

#### **3.1 A EPIDEMIA DO HIV NO BRASIL**

Ao longo de sua ocorrência, a epidemia causada pelo HIV teve várias modificações em seu perfil. A seguir serão apresentados dados epidemiológicos e algumas causas das modificações epidemiológicas.

##### **3.1.1 A união dos primeiros grupos afetados pela infecção**

Com estudos relacionados à sua manifestação, em 1985 a AIDS foi determinada como o estágio avançado da infecção pelo HIV (GRECO, 2016; SCHACKER et al., 1996; SZWARCOWALD, 2011). No início da epidemia, grupos marginalizados da sociedade (homossexuais do sexo masculino, usuários de drogas injetáveis, profissionais do sexo, hemofílicos e haitianos), considerados grupos de risco, eram os mais afetados pela infecção.

Devido ao aumento de casos em outros grupos populacionais, o Estado Brasileiro, pressionado pelos movimentos sociais e de reforma sanitária, começou a tomar medidas para conter a epidemia ainda na década de 1980 (GOMES et al., 2017; GRANGEIRO, 2016; GRECO, 2016; SANTOS; SCHOR, 2015; SZWARCOWALD, 2011). As medidas reivindicadas eram de prevenção que possibilitassem o aumento do conhecimento universal sobre o HIV, o uso de preservativos não mais somente como método contraceptivo, mas também como método de proteção individual contra a infecção e controle dos bancos de sangue, medidas que foram atendidas pelo Estado brasileiro (AGGLETON; PARKER, 2015; DE CARVALHO MESQUITA AYRES et al., 2006; SANTOS; SCHOR, 2015; SILVA; SANTOS; STOSIC, 2014).

Isso levou a modificações no perfil da epidemia. Dentre os vários processos de mudança pelo qual a epidemia passou houve o de heterossexualização, onde a infecção deixa de ser associada apenas a grupos homossexuais. Também houve o processo de pauperização, em que houve um aumento na população com baixa renda e também o de interiorização, onde as infecções atingem centros urbanos menos populosos (BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000; DORA, 1996).

### 3.1.2 Dados epidemiológicos da infecção

Até 2018, o Boletim Epidemiológico de HIV/AIDS contabilizou 926.742 notificações acumuladas desde o início da epidemia. De 2007 à julho de 2018 o Brasil apresentou 247.795 casos de infecção pelo HIV notificados no Sinan (Sistema de Informação de Agravos de Notificação) e com uma taxa de detecção de 18,3 casos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2018).

No Brasil, de 1980 até junho de 2018, foram registrados 606.936(65,5%) casos de aids em homens e 319.682 (34,5%) em mulheres. No período de 1980 a 1989, a razão entre os sexos (H:M) teve uma média de 12,7 vezes mais casos em homens do que em mulheres, no período de 1990 à 1999 essa razão caiu para uma média de 6,7 vezes e de 2005 a 2015 a razão chegou a uma média de 1,85 vezes, no entanto, a partir de 2009, observou-se uma redução gradual dos casos de aids em mulheres e um aumento nos casos em homens, refletindo-se na razão de sexos, que passou a ser de 22 casos de aids em homens para cada dez casos em mulheres em 2016, razão que se manteve em 2017 (BRASIL, 2018).

As maiores variações são observadas nas faixas etárias de 13 a 19 anos e 20 a 29 anos, que a partir de 2009, apresenta uma tendência de aumento entre homens (BRASIL, 2018). O aumento de casos em homens pode ser explicado pela tendência comportamental de jovens a partir de 15 anos, principalmente do sexo masculino, que adotam comportamentos que os deixam vulneráveis a infecção (FONSECA; BASTOS, 2007; GRANGEIRO, 2016).

No que se refere a mortalidade da infecção pelo HIV tem-se no início da epidemia em 1980 até dezembro de 2015, que foram identificados 303.353 óbitos cuja causa básica foi a AIDS. De 1985 a 1999 o Brasil registrou um coeficiente de mortalidade de 7,6 óbitos para cada 100.000 habitantes. Nesse período o coeficiente de mortalidade atingiu seu ápice no ano de 1995, quando era de 9,7 óbitos para cada 100.000 habitantes e manteve uma tendência de queda a partir de 1996. No período 2000 a 2015 o coeficiente manteve uma média de 6,7 óbitos para cada 100.000 habitantes (BRASIL, 2016; BRITO; CASTILHO; SZWARCOWALD, 2000; SILVA; SANTOS; STOSIC, 2014).

### 3.1.3 Terapia antirretroviral de alta atividade e adesão ao tratamento como modificadoras da epidemia

As modificações no perfil da epidemia se devem ao sucesso da política brasileira de resposta a epidemia. Essa contou com a organização da sociedade civil com Estado brasileiro e incluem medidas de prevenção, educação e tratamento. Além disso, o surgimento dos primeiros ARVs e os avanços da terapia antirretroviral (TARV) foram cruciais para a conversão de uma doença grave, em uma infecção crônica e controlável (BARROS; SILVA, 2017; GRECO, 2016).

Com o surgimento do AZT, primeira droga antirretroviral, no final da década de 1980 a infecção passou a ter possibilidade de controle. Com os avanços do conhecimento da patologia da infecção e avanços tecnológicos na área farmacêutica houve a disponibilizações de novas drogas antirretrovirais de diferentes classes que agem diferentemente no processo de replicação do HIV (BARROS; SILVA, 2017).

A combinação dessas classes medicamentosas no tratamento é conhecida como *highly active antiretroviral therapy* (HAART). Porém, no início da epidemia essas combinações eram complexas, e com vários efeitos colaterais o que dificultava a adesão ao tratamento. Com o passar do tempo os esquemas medicamentosos foram simplificados, e seus efeitos colaterais diminuídos, o que facilitou a adesão (BARROS; SILVA, 2017; BRASIL, 2018).

A adesão ao tratamento é de extrema importância para que as PVHIV disponham de uma vida longa e uma boa qualidade de vida. Alguns conceitos consideram apenas a tomada da medicação como definidoras de adesão. Conceitos mais amplos de adesão ao tratamento à trazem como um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe de saúde e a rede social o usuário dispõe (BRASIL, 2008).

Entretanto, estudos ainda indicam que a eficácia do tratamento, expressa nos níveis de supressão viral, exige que o uso do esquema terapêutico deva ser igual ou superior a 95% das doses prescritas, o que torna os fatores como o suporte social de extrema importância para manter o usuário em tratamento (BRASIL, 2008).



### 3.1.4 Da perspectiva de grupos de risco ao conceito de vulnerabilidade

As modificações no perfil epidemiológico da AIDS causadas pelas medidas de enfrentamento adotadas no Brasil sinalizaram a necessidade de se considerar um conceito que ultrapassasse os denominados “grupos de risco”. Nesse sentido, ressurge o conceito de vulnerabilidade, muito utilizado na epidemiologia e está intimamente atrelado a infecção pelo HIV. Ele reconhece as diferentes susceptibilidades dos indivíduos, grupos e comunidades a expor-se a infecção pelo HIV ou adoecimento pela AIDS, e abrange as dimensões individual, social e política da epidemia (AYRES et al., 2003b; DE CARVALHO MESQUITA AYRES et al., 2006; GARCIA; DE SOUZA, 2010; SCHAURICH; FREITAS, 2011b; SZWARCOWALD, 2011).

O conceito pode ser aplicado a uma pessoa ou a um grupo social conforme a sua capacidade de prevenir, de resistir e de contornar potenciais impactos à saúde. As pessoas vulneráveis são aquelas que, por diversas razões, não têm essa capacidade desenvolvida e/ou reduzida e por isso se encontram em situação vulnerável (OVIEDO; CZERESNIA, 2015).

Desse modo, a vulnerabilidade emerge como possibilidade de interpretação à do novo perfil epidemia, a fim de contribuir na identificação de indivíduos, grupos e comunidades que estão expostos a maiores níveis de risco nos planos sociais, políticos e econômicos que afetam as condições de vida e influenciam no risco social à exposição ao HIV (AYRES et al., 2003b; DE CARVALHO MESQUITA AYRES et al., 2006; GARCIA; DE SOUZA, 2010; PARKER et al., 2017).

Relacionada à epidemia do HIV, o plano social da vulnerabilidade pode ser entendido como o conjunto das condições de bem-estar social, que envolvem moradia, acesso a bens de consumo e liberdade de pensamento e expressão, que podem interferir na dinâmica da tomada de decisões. O plano programático está ligado à existência de políticas e ações organizadas para enfrentar o problema da infecção. No plano individual a vulnerabilidade está associada a comportamentos que oportunizam a infecção/adoecimento, como a decisão de usar preservativo, por exemplo (AYRES et al., 2003b; DE CARVALHO MESQUITA AYRES et al., 2006).

Medidas de prevenção para a população e de tratamento para PVHIV podem diminuir as vulnerabilidades. O tratamento também atua como prevenção considerando que com a supressão viral as PVHIV deixam de transmitir o vírus

(BRASIL, 2017; DOMBROSKI et al., 2012; DONNELL et al., 2010; GÜNTHARD et al., 2016).

### 3.2 RESPOSTAS DO ESTADO BRASILEIRO AO CONTROLE DA EPIDEMIA

O Brasil adotou diversas políticas públicas de saúde para o tratamento e controle da epidemia de HIV. Essas podem ser consideradas um conjunto de medidas que o estado regula, bem como a implementação de ações necessárias para a prevenção e a assistência, e adoção de mecanismos de apoio que visem à redução da vulnerabilidade da população à infecção pelo HIV e ao tratamento (BRASIL, 1999; BARBOZA, 2006).

Nacionalmente a adoção de políticas públicas de saúde voltadas para a epidemia de HIV aconteceu em paralelo com mudanças no cenário político importantes na década de 1980 e conjuntamente com o movimento de reforma sanitária, que culminou na criação do Sistema Único de Saúde (SUS). Até 1985 as primeiras respostas à epidemia eram lideradas por movimentos sociais e Organizações não Governamentais. No mesmo período governos estaduais e municipais criaram programas locais para o controle de Doenças Sexualmente Transmissíveis e AIDS (DST/AIDS) (VILLARINHO, et al, 2013).

Somente a partir de 1985 as ações começaram a ser coordenadas de forma nacional, com a criação do Programa Nacional de DST e AIDS (PN-DST/AIDS) pela portaria número 236 de 2 de maio daquele ano (MONTEIRO; VILLELA, 2009). Nesse mesmo ano a AIDS passa a ser incluída na lista de doenças com notificação compulsória através da Portaria no 1.100 de 24 de maio (BRASIL 1985).

Após a instituição do SUS em 1988 alguns medicamentos para o tratamento de doenças oportunistas começaram a ser disponibilizados de forma gratuita. Em 1992, após pressões sociais que tinham como base os princípios de universalidade e integralidade do SUS, alguns medicamentos antirretrovirais começaram a ser disponibilizados para pacientes em serviços de referência (VILLARINHO et al., 2013).

Em decorrência da falta de acordo com laboratórios fabricantes dos ARVs, o alto custo dos mesmos e o endividamento brasileiro, o país solicitou a quebra de patentes de ARVs, algo necessário para garantir a sustentabilidade do PN-DST/AIDS.

Em 1996 a Lei No 9.313 foi promulgada, e dispõe sobre a distribuição gratuita dos medicamentos para todas as pessoas infectadas pelo vírus. Essa medida proporcionou a chance de sobrevivência das PVHIV, além da redução de morbidade e mortalidade e também redução das internações hospitalares decorrentes de infecções oportunistas (BRASIL, 1996).

Somente em 1999 se deu a criação da Política Nacional de DST e AIDS que tem como objetivo nortear as diretrizes e estratégias dos três componentes que constituem o Programa Nacional de DST/Aids, prevenção, assistência e tratamento (BRASIL, 1999).

Em 2005 duas portarias foram criadas. Uma visava à redução de danos sociais e à saúde, decorrentes do uso de substâncias ou drogas que causem dependência. A outra que instituiu a Política Nacional de Atenção Obstétrica e Neonatal e dispõe sobre a atenção à saúde de gestantes com HIV e outras DST de transmissão vertical (BRASIL, 2005a, 2005b).

Também em 2005 houve um avanço no que diz respeito ao diagnóstico, foi lançada a Portaria 34, que disponibiliza e regula o uso de testes rápidos para o diagnóstico de infecção pelo HIV (BRASIL, 2005a). A identificação de novos casos e adesão desses novos usuários ao tratamento também devem ser considerados como ferramentas de respostas à epidemia, levando em conta que todos os indivíduos que realizam o tratamento têm menos chances de transmitir o vírus (AGGLETON; PARKER, 2015; DOMBROSKI et al., 2012; FERNANDES et al., 2017; GÜNTARD et al., 2016).

Em 2008, já considerando a infecção pelo HIV como condição crônica, foi criado o Manual para a Adesão ao Tratamento de Pessoas Vivendo com HIV e AIDS (BRASIL, 2008). Este manual tem como objetivo apresentar algumas ações que estimulem e incentivem a adesão ao tratamento, pois mantendo a infecção controlada há melhoria na qualidade de vida de quem vive com HIV (BRASIL, 2008; BRASIL 2017).

Em 2013 o Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis criou o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas (PCDT) para o manejo da infecção em adultos, que foi atualizado em 2015 trazendo como principal alteração a oferta da TARV para todas as PVHA que estejam dispostas a iniciar o tratamento (BRASIL, 2017). O indicativo de início imediato deve ser sempre

respeitando as condições clínicas das PVHIV e de sua ciência sobre os benefícios e riscos do tratamento (BRASIL 2017).

### 3.3 PROGRESSÃO CLÍNICA DA INFECÇÃO

Nas primeiras semanas após o contágio, o indivíduo apresenta a fase aguda da infecção. Durante esse período ainda não é possível encontrar anticorpos anti-HIV, logo a maioria dos exames laboratoriais não detectam a presença do vírus. Nesse período ocorrem várias mudanças no sistema imune e no organismo de forma generalizada causado pela resposta inflamatória à infecção (BRASIL, 2017; MEMISH et al., 2015; ROWLEY, 2014).

Esse momento se caracteriza principalmente por uma queda considerável no número de linfócitos T-CD4 (LT-CD4) e uma alta taxa de replicação viral, consequentemente é um momento de alta transmissibilidade. O conjunto de manifestações clínicas se denomina Síndrome Retroviral Aguda, e seus sintomas – febre alta, sudorese e linfadenomegalia, comprometendo principalmente as cadeias cervicais anterior e posterior, submandibular, occipital e axilar – são comparáveis a sintomas de qualquer viremia e tendem a desaparecer em até quatro semanas (BRASIL, 2017; LORTHOLARY et al., 2005; MCDERMOTT et al., 2005; MEDEIROS et al., 2017; MOYLETT; SHEARER, 2002; SCHACKER et al., 1996; SOLOMON; DUDLEY; POLK, 2017).

Na fase de latência clínica há uma estabilização do número de células LT-CD4 e diminuição da replicação viral. O organismo já produz anticorpos que podem ser detectados em exames laboratoriais, entretanto o diagnóstico clínico por meio do exame físico ainda é inconclusivo, pois esse poderá ser normal. Há alguns sintomas que perduram durante a fase de latência, como a linfadenopatia generalizada e algumas doenças linfoproliferativas e ganglionares. Nesse momento a PVHIV que não sabe de sua sorologia e apresenta uma boa condição de saúde pode transmitir o vírus por qualquer via, seja ela horizontal (via sexual, compartilhamento de agulhas) ou vertical (mãe para o bebê) (BRASIL, 2017; CURRAN; JAFFE, 2015; HECHT et al., 2002; MCDERMOTT et al., 2005; ROWLEY, 2014).

Enquanto o número de LT-CD4 permanece acima de 350 cels/mm<sup>3</sup> as infecções mais frequentes são bacterianas e tendem a ter uma resposta demorada à

antibióticoterapia. À medida que a infecção progride, sintomas como febre baixa, perda ponderal, sudorese noturna, fadiga, diarreia crônica, cefaleia, alterações neurológicas, infecções bacterianas e lesões orais tornam-se mais frequentes, além do herpes-zoster. Nesse período, já é possível encontrar diminuição na contagem de LT-CD4, situada entre 200 e 300 céls/mm<sup>3</sup> (BRASIL, 2017; MOYLETT; SHEARER, 2002; SCHACKER et al., 1996; SOLOMON; DUDLEY; POLK, 2017; TINDALL et al., 1989).

Algumas infecções como a candidíase oral são preditoras de imunossupressão grave e foi associada posteriormente a sintomas mais graves como pneumonia por *Pneumocystis jiroveci*, diarreia crônica e febre de origem indeterminada, caracterizando a síndrome da imunodeficiência adquirida. Dependendo da CV a inflamação – além das doenças oportunistas – causada pela infecção afeta o organismo da pessoa acometida, e essa necessitará de cuidados (BRASIL, 2017; GAGO et al., 2014; KLEIN et al., 1984; ROUX et al., 2014; SHIBOSKI et al., 2014).

A fim de evitar o agravamento da doença, os avanços na disponibilização da testagem para o diagnóstico oportuno da infecção possibilitam ao indivíduo começar o tratamento antes do aparecimento de sintomas e infecções oportunistas, proporcionando uma melhor qualidade de vida (BRASIL, 2017).

### 3.4 O CUIDADO ÀS PESSOAS VIVENDO COM HIV E SUPORTE SOCIAL

Após a infecção pelo HIV, a velocidade com que a progressão clínica evolui para o desenvolvimento da síndrome da imunodeficiência adquirida podem variar muito dependendo de vários fatores como: mal estado nutricional, uso de substâncias, reexposição ao vírus e outras infecções virais podem acelerar o desenvolvimento da doença. Fatores psicológicos como estresse, emoções negativas, isolamento social também influenciam na progressão da doença, possivelmente pela alteração hormonal que esses fatores podem causar, afetando o sistema imunológico (STRAUB, 2014).

O uso de medicamentos ARVs tem a capacidade de conter a proliferação do HIV no organismo. O atual regime de tratamento adequado é o HAART, que combina antirretrovirais que atuam em diferentes momentos da etapa de replicação viral. Embora o tratamento não livre o organismo completamente do HIV, o tratamento

impede a replicação viral o que torna possível o manejo da infecção e deu a ela características de uma doença crônica. O diagnóstico precoce e acesso à terapia antirretroviral evita a proliferação do vírus no organismo, e adoecimento.

Com o diagnóstico precoce vem uma das primeiras responsabilidades dos profissionais visando à manutenção do bom estado de saúde. Quando uma PVHIV recebe o diagnóstico faz-se de extrema importância para seu tratamento à vinculação em um serviço de saúde. A manutenção do vínculo e retenção do usuário nesse serviço por meio de acompanhamento e realização de exames periódicos faz parte do processo de cuidado à PVHIV e constituem a chamada “Cascata de Cuidado contínuo do HIV” que culmina no início da TARV e supressão da carga viral (BRASIL, 2017; CHOKO et al., 2015; GÜNTHARD et al., 2016; HALL et al., 2016; KELLY et al., 2014; WYNBERG et al., 2014). Esse vínculo depende do respeito a dignidade do usuário, e que o atendimento seja livre de preconceitos visto que é uma infecção que ainda carrega muito estigma (LEITE et al., 2007).

No Brasil, desde o ano de 2013, segundo recomendações do protocolo clínico é indicado o início imediato à terapia antirretroviral (BRASIL, 2017). O início precoce da TARV depende do diagnóstico oportuno (BRASIL, 2017), que além de visar o aumento da expectativa de vida das PVHIV também visa à diminuição da transmissão do HIV e diminuição do risco de adoecimento por outras infecções devido a deficiência do sistema imunológico (BRASIL, 2017; GÜNTHARD et al., 2016; HALL et al., 2016; KELLY et al., 2014; SURRATT et al., 2014; WYNBERG et al., 2014).

Porém, mesmo com indicativo precoce, o início da TARV deve considerar a aptidão do indivíduo em seguir o tratamento, e para isso os profissionais devem informar de seus benefícios como a manutenção da saúde, e riscos por exemplo de toxicidade aos medicamentos. Todavia as vantagens tanto clínicas (redução da morbimortalidade) como epidemiológicas (redução da transmissão tanto horizontal como vertical) se sobressaem em relação aos riscos (BEZABHE et al., 2016; BRASIL, 2017; CHERRY et al., 2006; GÜNTHARD et al., 2016; KALICHMAN et al., 2000; LORTHOLARY et al., 2005; SCHACKMAN et al., 2007; VIDAL et al., 2009; ZHANG et al., 2008).

Deve-se enfatizar que a TARV, uma vez iniciada, não deverá ser interrompida a fim de evitar mutações virais que causem resistência aos ARVs (JOHNSON et al.,

2013; NACHEGA et al., 2009). Dito isto, o estímulo da adesão ao tratamento deve ser contínuo por profissionais de saúde (CHARANIA et al., 2014; CHOKO et al., 2015).

A adesão à TARV pode ser influenciada por diversos fatores que incluem a percepção do sujeito sobre si mesmo, fatores sociodemográficos, presença de comorbidades, esquema medicamentoso, serviço de atendimento e também a rede de apoio que a PVHIV possui (CAMPOS; GUIMARÃES; REMIEN, 2010; GÜNTHARD et al., 2016; LANGEBEEK et al., 2014; MEDEIROS et al., 2017; SANTOS et al., 2015).

As orientações dadas por profissionais de saúde podem melhorar a capacidade dos indivíduos de manejar seu tratamento, e também é considerado uma forma de Suporte Social (BRASIL, 2017; GOMES et al., 2017; LANGEBEEK et al., 2014; POLEJACK; SEIDL, 2010).

O suporte social, constructo teórico desenvolvido na década de 1970 que afirma que as relações sociais, em que familiares, amigos, colegas de trabalho e profissionais de saúde podem prover e interfere na qualidade de vida, bem-estar e na maneira que o indivíduo encara e adere ao tratamento prescrito (COBB, 1976; SEIDL et al., 2007; SEIDL; ZANNON; TRÓCOLI, 2005). Pessoas recebendo mais suporte podem ter menos sintomas físicos. O suporte social pode influenciar no funcionamento do sistema imunológico e assim, afetar a morbidade aumentando a resistência à infecção pelo HIV e diminuindo a mortalidade, logo, quanto maior a percepção de suporte social, melhor a adesão à TARV (POLEJACK; SEIDL, 2010; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006; SEIDL; ZANNON; TRÓCOLI, 2005).

Das várias definições dos tipos de suporte social trazidas por Sarason (1985), o Suporte emocional e o Suporte instrumental, o primeiro sendo o apoio afetivo recebido pela rede de apoio social e o segundo um conjunto de ações e/ou apoio material para que a pessoa lide com seu problema de saúde, são fatores utilizados por Seidl e Trócolli (2007) na Escala de Suporte Social para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

### 3.5 A UTILIZAÇÃO DO CONSTRUCTO DE SUPORTE SOCIAL NAS PESQUISAS EM ENFERMAGEM NO BRASIL.

Observa-se uma diversidade de conceitos relacionados ao suporte social, a definição não é consensual entre os autores, como também, suas subdivisões

(ARAGÃO et al., 2009). Existe um consenso que o suporte social é multidimensional, de maneira que aspectos diferentes do suporte têm impactos diferentes nos indivíduos e/ou grupos (PAIS-RIBEIRO, 1999). Verifica-se que alguns autores utilizam os termos apoio social e suporte social para classificar uma só categoria, sendo que as duas nomenclaturas se referem a um mesmo constructo (ARAGÃO et al., 2009). E são utilizadas como sinônimos do termo em inglês "social support" (MARÔCO et al., 2014).

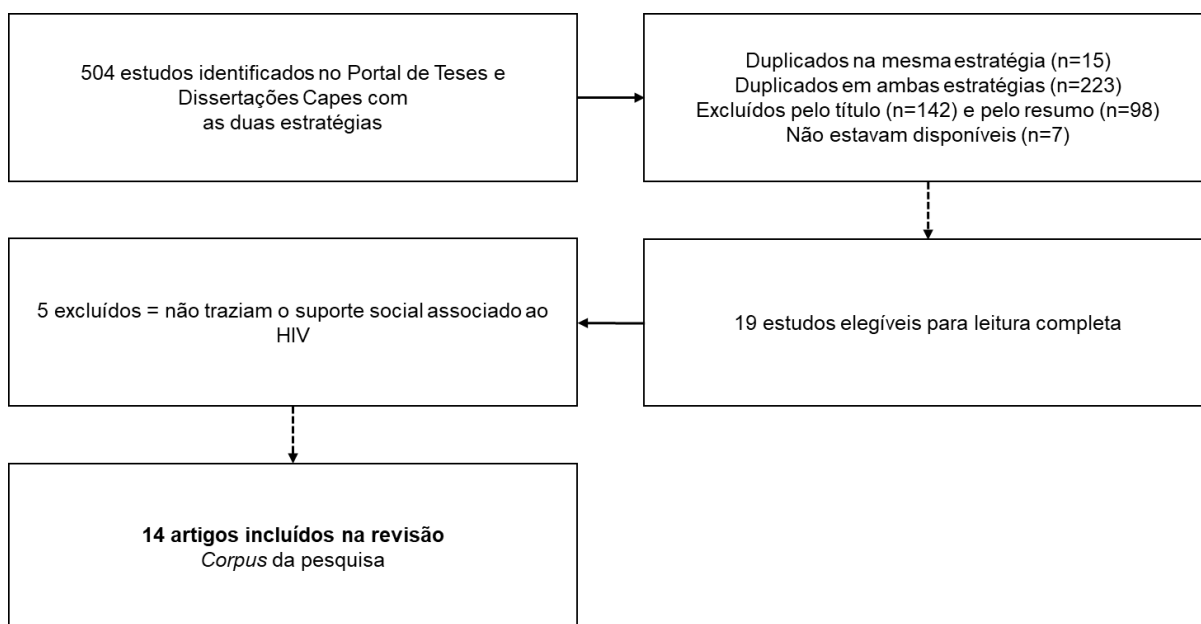
Partindo da compreensão de que os profissionais de saúde necessitam compreender a influência do suporte social na vida as pessoas vivendo com HIV Foi desenvolvida uma busca no portal de teses e dissertações da CAPES (Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior). A busca foi operacionalizada em seis etapas, na primeira etapa delimitou-se como objetivo identificar qual a natureza e tendência de conhecimento de Programas de Pós-Graduação da Enfermagem Brasileira sobre a temática suporte social às pessoas vivendo com HIV.

Na segunda etapa, foi realizada a definição de que seriam consultadas dissertações e tese da área de concentração da Enfermagem e disponíveis na íntegra *online* que tivessem como objeto de estudo o suporte social associado a epidemia do HIV. O levantamento das produções ocorreu em junho de 2017 no no portal de teses e dissertações da CAPES. Foram utilizadas as palavras-chave: suporte social, apoio social e HIV. Empregando o operador booleano AND, estas palavras-chave foram combinadas em duas estratégias de busca: "suporte social" AND HIV e "apoio social" AND HIV. Também foi usado o item enfermagem nos seguintes filtros: área de conhecimento, área de avaliação e nome do programa. Identificaram-se 504 produções com as duas estratégias de busca.

Na terceira etapa as produções identificadas foram selecionadas por meio da leitura de título e resumo, além disso, quando encontradas em ambas as buscas (duplicados) foram considerados apenas uma vez. Optou-se por não utilizar recorte temporal, pela restrição de estudos nessa temática. Após a realização desta pré-seleção totalizaram 19 produções que foram lidas na íntegra, excluindo-se as que não atenderam os critérios de seleção, 14 estudos foram incluídos no *corpus* da pesquisa (Figura1).



Figura 1 - Fluxograma de seleção da produção do conhecimento da enfermagem brasileira sobre suporte social às pessoas com HIV



Fonte: autor

Os estudos foram organizados a partir de uma ficha de análise documental no Microsoft Excel® com os seguintes itens: ano de publicação, tipo de estudo (tese ou dissertação), instituição do programa de pós-graduação, tipo de estudo, população, e objetivos das produções. Segue uma síntese dos mesmos (Tabela 1).

Tabela 1 - Síntese dos dados das produções selecionadas

<b>Autor</b>	<b>Código</b>	<b>Método</b>	<b>Participantes (N)</b>	<b>Principal Conclusão do Estudo</b>
MOURA, 2005	P1	Etnografia	Mulheres vivendo com HIV, na faixa etária acima de 35 anos.	Os grupos ofereceram ajuda significativa para sua adesão ao tratamento, compreensão, reflexão, aceitação e enfrentamento da doença. Melhorou a autoestima, diminuiu o isolamento, trouxe esperança e melhorou a qualidade de vida
SANTOS, 2014	P2	Estudo Transversal	Adultos em tratamento antirretroviral.	O suporte social serve como uma barreira de proteção para a manutenção de níveis elevados de auto-eficácia, consequente melhoria da adesão e da sobrevida.
CUNHA, 2014	P3	Coorte prospectivo	Adultos em tratamento antirretroviral há mais de três meses.	O suporte social satisfatório melhorou a qualidade de vida no domínio nível de independência, e reduziu os linfócitos T CD4+ e CV.
SILVA, 2014a	P4	Pesquisa Qualitativa que utilizou o método Narrativas de Vida	Gestantes vivendo com HIV em acompanhamento pré-natal.	A rede de apoio auxilia no enfrentamento da doença e corresponde a um fator influente na adesão ao tratamento contra o HIV/Aids e, conseqüentemente, ajuda na prevenção da transmissão vertical do vírus. Representada pelo apoio familiar, religioso e de profissionais de saúde.
ALVARENGA, 2014	P5	Qualitativo	Mães, pais e cuidadores de crianças expostas ao HIV.	Revelou a fragilidade na rede de apoio social, devido ao estigma de viver com HIV e a descontinuidade do cuidado entre a alta da maternidade e o início do follow-up da criança ao serviço especializado.
SANTOS, 2011	P6	Qualitativo, fundamentado no interacionismo de Goffman (1999). E Petitat (1998).	Adultos em tratamento antirretroviral acompanhados pelo SAE.	A pesquisa revelou que os sujeitos classificados como não aderentes à TARV possuíam uma rede familiar fragilizada, com interações familiares conflituosas e afastamento de pessoas que poderiam prover apoio. Esses doentes não contavam com suporte social, ou só o tinham em momentos de piora de seu estado de saúde.
FREITAS, 2013	P7	Estudo Transversal	Indivíduos com aids, faixa etária acima de 13 anos.	Neste trabalho, objetivou-se analisar a vulnerabilidade social, programática e individual de crianças no contexto de famílias que vivem com HIV/aids.
SILVA, 2014b	P8	Estudo Transversal	Adultos em tratamento antirretroviral.	Ter companheiro, morar com familiares e apoio no tratamento apresentaram maiores escores médios para vários fatores, coincidindo no confronto, afastamento e suporte social. os modos de enfrentamento mais frequentes foram os focados na emoção.

<b>Autor</b>	<b>Código</b>	<b>Método</b>	<b>Participantes (N)</b>	<b>Principal Conclusão do Estudo</b>
CARVALHO, 2010	P9	Estudo Longitudinal	Adultos em tratamento antirretroviral.	Enfrentamento da doença, relações familiares, adesão ao tratamento antirretroviral. Após intervenção foi apresentada melhora nos níveis de suporte social instrumental e emocional
MARCHI, 2014	P10	Estudo Transversal	Adultos em tratamento antirretroviral.	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.
FIUZA, 2012	P11	Estudo Transversal	Adultos em tratamento antirretroviral.	Suporte social é uma variável dentro da escala de qualidade de vida, e contar com o suporte social amplia a frequência em encontros religiosos
DURGANTE, 2012	P12	Estudo Transversal	Adultos em tratamento antirretroviral.	Objetivo de mensurar o suporte social e a satisfação percebida pelos pacientes com aids em tratamento com antirretrovirais.
COSTA, 2016	P13	Teoria Fundamentada nos Dados	Adultos jovens vivendo com HIV.	O apoio social foi destacado pelos adultos jovens sendo necessário desde o início do tratamento, no que tange a recente descoberta de seu diagnóstico, destacando o apoio da família para o enfrentamento do HIV e a adesão ao TARV. Eles também consideraram as consultas médicas, a educação em saúde, o acolhimento e a formação de grupos como importantes apoios
SILVA, 2007	P14	Estudo Qualitativo	Adultos em tratamento antirretroviral.	Esses fatores interferem no processo de adesão à terapêutica ARV e deram origem às subcategorias denominadas: 1) "Fatores facilitadores e dificultadores da adesão"; 2) "O paciente criando estratégias para facilitar a adesão"; 3) A importância da religiosidade e da rede social como condição para a adesão"

Fonte: autor.

Entre os 14 estudos selecionados dez (10) eram dissertações (MOURA, 2005; SANTOS, 2014; SILVA, 2014; ALVARENGA, 2014; SANTOS, 2011, SILVA, 2014b, MARCHI, 2014; FIUZA, 2012; DURGANTE, 2012; SILVA, 2007) e quatro (04) teses (CUNHA,2014; FREITAS, 2013; CARVALHO, 2010; COSTA, 2016), esse dado representa a expansão dos Programas de Pós-Graduação em Enfermagem no país, principalmente em nível de doutorado.

Verificou-se que a maior parte das pesquisas foi desenvolvida com adultos/jovens em tratamento antirretroviral (10) (SANTOS, 2014; CUNHA, 2014; SANTOS, 2011; SILVA, 2014b; CARVALHO, 2010; MARCHI, 2014; FIUZA, 2012; DURGANTE, 2012; COSTA,2016; SILVA, 2007), como também, gestantes (SILVA, 2014b), mães, pais e cuidadores de crianças expostas ao HIV (ALVARENGA, 2014).

Entre as dissertações e teses analisadas, cinco foram caracterizadas como estudos transversais (SANTOS, 2014; FREITAS, 2013, SILVA, 2014; MARCHI, 2014 e DURGANTE, 2012), e para obtenção dos dados utilizaram instrumentos validados: Escala de Avaliação do Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids, Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/aids (CEAT-VIH), Inventário de Estratégias de Enfrentamento de Folkman e Lazarus e Escala de expectativa de auto-eficácia ao Tratamento antirretroviral.

Duas produções foram caracterizadas como estudos de coorte (CUNHA, 2014 e FIUZA, 2012) e uma como estudo longitudinal (CARVALHO, 2010). As quais aplicaram os seguintes instrumentos: Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/adis, Instrumento para avaliação da qualidade de vida de pessoas com HIV/aids, Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH), Questionário para avaliação de qualidade de vida (WHOQOL-HIV Bref), Escala de índice de religiosidade da Universidade Duke (Duke Religious Index – Durel) e a Escala de ansiedade e depressão (HAD).

Cabe destacar, que uma pesquisa caracterizada como etnografia (P1), empregou as técnicas de coleta de dados observação participante e a entrevista etnográfica. Também, verificou-se que quatro produções classificadas como exploratória e descritiva (SILVA, 2014a; ALVARENGA, 2014; SANTOS, 2011 e SILVA, 2007), usaram a entrevista (aberta e semiestruturada) e o genograma como técnicas de coleta de dados. A tese que adotou uma abordagem mista (COSTA, 2016), obteve os dados com técnicas a partir do Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH), como também, usando entrevistas em dois grupos

amostrais.

Para a análise e interpretação dos resultados (quinta etapa), as produções foram submetidas à análise temática e extraídas informações a partir de um modelo de sistematização da produção acadêmica e científica adotado pela CAPES (tabela 2 e 3). Sendo os aspectos éticos e as ideias centrais de cada um dos autores respeitadas e mencionadas no texto de síntese.

Desse modo acerca da natureza (clínico-epidemiológica, sociocultural e política) tem-se as seguintes produções (tabela 2).

Tabela 2 - Palavras-chave relacionadas à natureza da produção científica da enfermagem brasileira na temática suporte social às pessoas vivendo com HIV, 2017

<b>Natureza</b>	<b>Palavras-chaves</b>	<b>Títulos</b>
Clínico-epidemiológica	Tratamento	P1, P2, P3, P5, P7, P8, P12, P13
	Adesão ao tratamento	P1, P2, P3, P4, P6, P9, P10, P12, P13, P14
	Redução de sintomas	P2, P2, P10
	Carga viral	P3, P12
	Revelação diagnóstico	P4, P5, P6, P9, P12, P13, P14
Sociocultural	Relações	P1, P3, P7, P10, P14
	Suporte/apoio social	P1, P3, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P11, P12, P13, P14
	Discriminação	P1, P4, P5, P9, P14
	Percepção	P1, P4
	Enfrentamento da doença	P4, P6, P7, P9, P10, P11, E12, E13, E14
	Preconceito	P5, P6, P11
Política	Educação em saúde	P1, P4, P10, P13
	Promoção de saúde	P1, P4, P10, P13
	Avaliação de resultados	P3

Fonte: autor

E quanto a tendência dessas produções (assistência, prevenção, proteção, vigilância epidemiológica), tem-se as seguintes produções (Tabela 3).

Tabela 3 - Palavras-chave relacionadas à natureza da produção científica da enfermagem brasileira na temática suporte social às pessoas vivendo com HIV, 2017

<b>Tendências</b>	<b>Produção científica</b>	<b>Títulos</b>
Assistência	Assistência de saúde	P1, P4, P8, P10, P12, P13, P14
	Tratamento	P1, P2, P3, P7, P12, P13
	Adesão ao tratamento	P1, P2, P6, P8, P9, P10, P12, P13, P14
	Revelação diagnóstico	P4, P6, P9, P13, P14
Prevenção	Educação em saúde	P1, P10, P13
	Promoção de saúde	P1, P10, P13, P14
	Prevenção da transmissão vertical	E4
Proteção	-	-
Vigilância epidemiológica	-	-

Fonte: autor

No que se refere as implicações do suporte social na adesão ao tratamento antirretroviral tem-se que quando a rede de suporte social das pessoas vivendo com HIV está fragilizada, em muitos casos, aparece o medo de sofrerem com as questões sociais e estigma que envolvem a epidemia da aids, o impacto de tal sentimento acarreta na omissão acerca da revelação do diagnóstico aos familiares e/ou amigos, conseqüentemente, ocorre uma restrição de suporte social (ALVARENGA, 2014; SANTOS, 2011).

Também foi verificado que quando as interações familiares eram conflituosas, isso levava ao afastamento de pessoas que poderiam prover apoio (ALVARENGA, 2014). Esses pacientes não contavam com suporte social, ou só o tinham em momentos de piora de seu estado de saúde, possuem dificuldades na aceitação do diagnóstico, bem como na realização do tratamento (ALVARENGA, 2014). No entanto, os pacientes classificados como aderentes ao tratamento antirretroviral possuem uma rede familiar mais estruturada com referência de suporte social, por aqueles familiares que tinham conhecimento do diagnóstico (ALVARENGA, 2014; SANTOS, 2011).

Ressalta-se que em dois estudos quando o suporte social foi considerado satisfatório pelos participantes da investigação, esse fato melhorou a qualidade de vida, e reduziu os linfócitos T CD4+ e a carga viral. Além disso, houve a compreensão de que este serve como uma barreira de proteção para a manutenção de níveis elevados de autoeficácia para o cumprimento da prescrição, conseqüente, melhora à

adesão ao tratamento, o que implica na sobrevivência dos pacientes (SANTOS, 2014; CUNHA, 2014). Em narrativas de gestantes mostram que contam com uma rede de apoio que as auxilia no enfrentamento da doença; esta é representada pelo apoio familiar, religioso e de profissionais de saúde (SILVA, 2014a). Outra forma de apoio que foi identificado para superar episódios de depressão, ocorreram por meio da religião. Nesta perspectiva, as pessoas declararam fortes laços com as instituições religiosas e sua relação com Deus, como a principal motivação para aceitar o diagnóstico e o tratamento (FIUZA, 2012; SILVA, 2007).

Em vários estudos foi evidenciada maior percepção do suporte social do tipo emocional e a principal fonte os familiares, entretanto, pessoas vivendo com HIV relataram dificuldade na identificação as ações de apoio no cotidiano. Desse modo, quando recebia apoio em situações concretas que facilitam o tratamento de saúde, sentiam-se valorizados como pessoas, e possuíram médias mais altas nos escores de suporte social (FREITAS, 2013; CARVALHO, 2010; MARCHI, 2014; DURGANTE, 2012).

O acompanhamento e o acesso ao tratamento antirretroviral ficam prejudicados quando as redes de atenção ficam distantes do usuário, levando a descontinuidade dos cuidados em saúde (SILVA, 2014b). Embora o Brasil disponha de políticas públicas específicas para prevenção e controle da aids, e para o suporte de pessoas vivendo com HIV, as redes de atenção social, Organizações Não Governamentais (ONGs), os serviços de atenção especializados (SAE), ainda continuam centradas nas grandes metrópoles (SILVA, 2014b)

Destaca-se como medidas de aceitação e enfrentamento da doença os grupos de apoio, que oferecerem ajuda significativa para adesão ao tratamento, compreensão e reflexão em relação a condição crônica. Refletindo em um aumento na autoestima, diminuiu o isolamento, trouxe esperança e melhorou a qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV (MOURA, 2005).

Ainda, o apoio social foi destacado pelos adultos jovens, que consideram necessário desde o início do tratamento. Ressaltando a importância do apoio da família para o enfrentamento do HIV e a adesão ao tratamento antirretroviral. Eles também consideraram como suporte social as consultas médicas, a educação em saúde, o acolhimento e a formação de grupos (COSTA, 2016). Além disso, outra estratégia utilizada como intervenções foram as consultas de enfermagem, que

indicaram melhoria significativa nos níveis de suporte emocional e instrumental ao final do estudo (CARVALHO, 2010).

Depreende-se a importância da análise da produção científica da enfermagem brasileira, contribuindo com conhecimentos teóricos e inferências importantes para a reflexão acerca do suporte social às pessoas vivendo com HIV. Indica-se que os profissionais de enfermagem, procurem conhecer quais são as redes suporte social, a fim de incluir, em seu planejamento assistencial, pela sua repercussão na adesão ao tratamento antirretroviral, bem como na qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV. Além disso, é possível fortalecer as estratégias de enfrentamento, bem como traçar novos caminhos.

A partir da busca observa-se que as redes de atenção social e de saúde ainda continuam centradas nas grandes metrópoles, assim o acompanhamento e o acesso ao TARV ficam prejudicados. Uma rede que fornece um bom nível de suporte social melhora a qualidade de vida e diminui os sintomas das doenças, além de facilitar na adesão às terapias.



## 4 MÉTODO

Esse projeto de pesquisa apresentará um recorte dos objetivos do projeto matricial “O uso de mensagens de texto na adesão a terapia antirretroviral – TARV V”, ligado ao Grupo de Pesquisa “Cuidado às Pessoas Famílias e Sociedade”.

### 4.1 TIPO DE ESTUDO

Trata-se de um estudo quantitativo, com delineamento transversal. Este se caracteriza pela observação direta de uma determinada quantidade de indivíduos em um único momento (MEDRONHO et al, 2008).

### 4.2 LOCAL DO ESTUDO

A pesquisa foi realizada no Ambulatório de Doenças Infecciosas do Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria (HUSM), Santa Maria, Rio Grande do Sul, Brasil. Este é referência no tratamento para a região, pois possui seu atendimento desde o surgimento dos primeiros casos notificados, assim como presta o acompanhamento ambulatorial aos seus pacientes.

O HUSM atende cerca de 1200 pessoas adultas com HIV no Ambulatório de Doenças Infecciosas, segundo os dados do serviço do Núcleo de Vigilância Epidemiológica Hospitalar e Unidade Dispensadora de Medicamentos (A lista dos pacientes cadastrados e que realizam o TARV foi disponibilizada pela Unidade de Dispensação de Medicamentos (UDM) do HUSM, a partir do Sistema de Controle e Logística de Medicamentos/MS).

O acompanhamento ambulatorial disponibiliza semanalmente uma agenda multiprofissional de atendimentos, a fim de atender especificamente as necessidades dos pacientes. O tratamento medicamentoso em pessoas infectadas pelo HIV e sua dispensação é realizado pela Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) do HUSM.

### 4.3 POPULAÇÃO

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

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

#### 4.3.1 Amostra

A amostra para esse estudo transversal foi de 168 participantes, composta a partir do cálculo amostral do projeto matricial que considerou  $\alpha = 0,05$ ,  $\beta = 0,2$ ,  $q_1 = 0,25$ ;  $q_2 = 0,25$ ,  $q_0 = 0,5$ ,  $P_0 = 0,85$  e  $P_1 = 0,6$ , sendo realizado o seguinte cálculo (HULLEY, CUMMINGS *et al.*, 2013):

$$A = Z\alpha\sqrt{P(1-P)(1/q_1 + 1/q_0)} = 1.750$$

$$B = Z\beta\sqrt{P_1(1-P_1)(1/q_1) + P_0(1-P_0)(1/q_0)} = 0.722$$

$$C = (P_1 - P_0)^2 = 0.063$$

$$\text{Pop. Total} = N = (A+B+C)^2/C = 147$$

Por se tratar de um projeto matricial com delineamento Clínico aplicou-se uma correção de continuidade (added to N for Group 0) =  $CC = 1/(q_1 * |P_1 - P_0|) = 8$ . Ao ser aplicado a fórmula obteve-se uma população total de 147 participantes mínimos, e ao ser aplicado a correção por continuidade chegou-se a 171 participantes para o estudo clínico.

#### 4.4 INSTRUMENTOS DE COLETA DE DADOS

Para a coleta de dados do projeto matricial foram utilizados 3 instrumentos: caracterização, adesão ao tratamento antirretroviral - "Questionário para a avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas com HIV/AIDS" (CEAT – VIH), e para mensurar o suporte social percebido - Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/AIDS. Os instrumentos foram inseridos no software Epi Info 7.0 com dupla digitação independente a fim de assegurar a exatidão do banco de dados.

##### 4.4.1 Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral

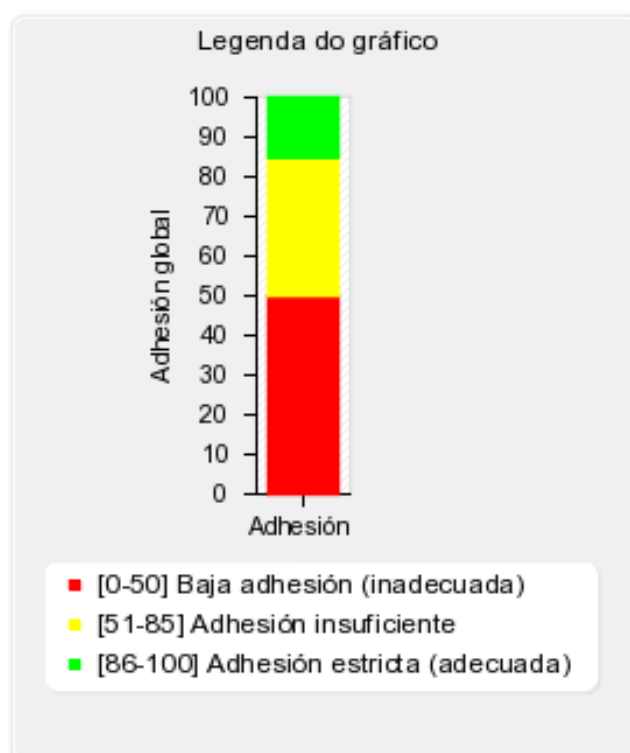
Para identificar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral foi utilizado o Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral - CEAT – VIH, desenvolvido pelo Pesquisador Eduardo Remor e validado para a versão brasileira (REMOR, 2002; REMOR, MILNER-MOSKOVICS et al., 2007). Este questionário é constituído por 20 questões, no qual os itens incluem as seguintes dimensões: 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 tratamento antirretroviral; o paciente recorda os nomes dos medicamentos que utiliza no seu tratamento.

Fatores que modulam a adesão ao tratamento, incluem 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. A avaliação da gravidade dos efeitos colaterais associados com a ingestão dos medicamentos, do grau de informações sobre os antirretrovirais, do grau de satisfação em tomar os medicamentos, a percepção de melhoria da saúde e a utilização de estratégias que lembrem os pacientes a tomar os medicamentos.

A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento. O grau de adesão ao tratamento antirretroviral será classificado em "estricta", "regular" e "baixa adesão ou inadequada" conforme, orientação do Manual

de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (REMOR, 2002; REMOR, MILNER-MOSKOVICS et al., 2007). A tabela de codificação das respostas do CEAT-VIH e a Escala de Pontuação Transformada, que permitem identificar o grau de adesão não se encontra descrita no projeto, por solicitação do autor do questionário. A figura 1 traz a classificação dos escores indicada pelo autor da escala.

Figura 2 - Classificação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV



Fonte: <http://www.ceat-vih.info/result>

#### 4.4.2 Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/AIDS

Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/AIDS, desenvolvida para mensuração da percepção e satisfação do suporte social recebido. Foi construída e validada no Canadá denominada *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids*, específico para pessoas soropositivas (RENEWICK et al., 1999). Este instrumento foi validado por Seidl e Tróccoli (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006), denominada Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Esta escala é composta na modalidade likert por 24 itens, de cinco pontos com as seguintes respostas possíveis: (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).

A escala resulta em dois fatores: Suporte emocional (12 itens) no qual refere-se a percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à soropositividade; Suporte instrumental (12 itens) no qual refere-se 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. Os escores mais altos indicam relatos de maior disponibilidade percebida e satisfação com o suporte social.

#### **4.4.3 Caracterização clínica e sociodemográfica**

Para a caracterização dos adultos infectados pelo HIV, o qual integra os dados demográficos, econômicos, sociais e perfil clínico, o qual foi pré-testado no projeto de pesquisa antecessor denominado TARV IV, para a verificação da necessidade de adequação das questões. Estas questões têm como base o referencial de vulnerabilidade (MANN *et al.*, 1993; AYRES *et al.*, 2003; AYRES *et al.*, 2006; SÁNCHEZ E BERTOLOZZI, 2007; LANGENDORF *et al.*, 2012).

### **4.5 VARIÁVEIS DO ESTUDO**

Esse estudo contou com as variáveis dependentes das Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/AIDS: em pontos, e do Questionário para avaliação da adesão a terapia antirretroviral.

#### **4.5.1 Variáveis independentes**

Idade: em anos completos;

Sexo: Feminino ou Masculino;

Raça: Branca, Preta, Amarelo, Parda ou Indígena;

Escolaridade: em anos de estudo;

Situação conjugal: convive com esposo (a) ou companheiro, solteiro (a), separado (a), ou, divorciado (a) ou viúvo (a);

Renda per capita mensal: em reais;

Situação de emprego: empregado ou não;

Tempo do diagnóstico do HIV: em meses;

Modo de infecção transmissão do HIV: sexual, transmissão vertical, compartilhamento de seringas, acidente ocupacional ou desconhecido;

Se teve alguma infecção oportunista;

Números de comprimidos ingeridos: em quantidade e frequência;

Se faz uso de alguma medicação psiquiátrica;

#### 4.6 LOGÍSTICA DO ESTUDO

A coleta de dados começou a ser desenvolvida após a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. A coleta presencial foi realizada de julho de 2016 a agosto de 2018. A equipe do estudo foi composta pelo pesquisador responsável pelo projeto matricial (Pesquisador 1), que é orientadora do projeto que integra o corpo docente do programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria e dois membros (Pesquisador 2 e 3, alunos de mestrado) e bolsistas de iniciação científica que integram o Grupo de Pesquisa Cuidado à Saúde das Pessoas, Família e Sociedade da Universidade Federal de Santa Maria, é importante ressaltar que todos os coletadores foram capacitados para auxiliar na coleta.

A coleta de dados foi realizada na sala de pesquisa clínica do Hospital Universitário de Santa Maria e no ambulatório de doenças infecciosas, visto que possui salas que possibilitam garantir a privacidade para a entrevista (instrumento autoaplicável), assegurando o sigilo diagnóstico e o anonimato. Após a entrevista os dados clínicos e marcadores biológicos (TCD4 e Carga Viral) foram coletados no prontuário dos pacientes.

Foi elaborada semanalmente uma agenda de coleta de dados, a partir dos atendimentos no referido ambulatório, buscando identificar os participantes elegíveis para pesquisa, de acordo com os critérios de inclusão/exclusão. A seleção dos participantes foi realizada por conveniência, conforme a agenda do serviço. O participante era abordado após a consulta médica e convidado a participar do estudo.

Para o acompanhamento do andamento das coletas de dados e resolução de problemas houveram reuniões quinzenais com todos os membros da equipe do projeto.

#### 4.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Os dados foram inseridos no programa Epi Info 7.0 com dupla digitação para garantir a fidedignidade dos dados. Para as análises foi utilizado o Software SPSS 21.0.

Para o cálculo dos escores de adesão os dados do CEAT-VIH foram inseridos no site "<https://www.ceat-vih.info/>", pois a fórmula havia sido modificada pelo autor da escala.

Os dados mostraram distribuição anormal segundo o teste Kolmogorov-Smirnov. A consistência interna da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS foi verificada por meio de Alpha de Cronbach, sendo considerados como indicadores de consistência os valores maiores que (0,7) (FIELD, 2009).

As variáveis categóricas foram apresentadas em frequência absoluta e relativa e as variáveis contínuas em média, desvio padrão, mediana, mínimo e máximo. Entre as variáveis realizou-se a correlação bivariada de Spearman ( $R_{\rho}$ ) para amostras não paramétricas afim de verificar a relação entre as variáveis sociodemográficas, clínicas, de adesão e de suporte social. O nível de confiança adotado foi de 95% (" $p$ " < 0,05) sendo que o coeficiente ( $r$ ) está compreendido no intervalo -1 a 1, onde os dois extremos são considerados correlações perfeitas e  $r = 0$  como correlação inexistente. Usamos o termo correlação positiva quando  $r > 0$ , e correlação negativa quando  $r < 0$  (DANCEY, C; DANCEY, J, 2006).

Quanto maior o valor de (positivo ou negativo), mais forte a associação. O quadro 03 mostra as forças de correlação. Será considerado correlação significativa quando o nível de significância (o " $p$ ") é inferior a 0.05. Ainda, valores menos fortes de correlação também poderão ser igualmente significativos de acordo com o tamanho da amostra (DANCEY, C; REIDY, J, 2006).

Quadro 01 - Força das correlações

<b>Força de Correlação</b>	<b>(Negativa) Positiva</b>
Nenhuma	(-) 0 à (-) 0.09
Pequena	(-) 0.1 à (-) 0.3
Média	(-) 0.3 à (-) 0.5
Forte	(-) 0.5 à (-) 1

Fonte: autor.

#### 4.8 ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa matricial obteve a autorização do ambulatório de infectologia, setor de farmácia e Serviço de Arquivamento Médico e após a submissão para avaliação e apreciação da Gerencia de Ensino e Pesquisa do Hospital Universitário de Santa Maria, devidamente registrado no Sistema de Informações para o Ensino e no Gabinete de Projetos de Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde. Teve a aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Instituição da Universidade Federal de Santa Maria sob registro CAAE: 54293916.6.0000.5346.

A coleta de dados aconteceu mediante a autorização do participante da pesquisa por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE A), o qual foi elaborado nos termos da Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde. Neste, contempla-se os princípios de autonomia, beneficência, não maleficência, justiça e equidade. O processo de esclarecimento se deu por meio de conversa individual com os participantes da pesquisa sobre os objetivos da mesma, avaliando os procedimentos da coleta, riscos e benefícios.

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (APENDICE B) e o Termo de Assentimento Livre e Esclarecido (APENDICE C), foram assinados pelo pesquisador responsável e pelo participante da pesquisa que também ficou com uma via do documento. A pesquisa assegurou o caráter voluntário de participação e a liberdade do participante em retirar-se do estudo a qualquer momento, sendo assegurado seu anonimato. Todas as informações coletadas ficaram única e exclusivamente sob responsabilidade do pesquisador, para fins de pesquisa, garantindo a confidencialidade dos dados.



Acerca dos benefícios da pesquisa, foi esclarecido que esses podem ser de ordem direta, visto que ao ser avaliado o aumento do suporte social percebido pode-se aumentar a adesão ao tratamento antirretroviral e o acompanhamento poderá ser estendido aos demais pacientes do ambulatório de doenças infecciosas, garantindo uma melhor qualidade de vida. Teve-se como possibilidade de risco aos participantes, o cansaço e o desconforto físico. Nesse sentido, a coleta de dados foi realizada por Bolsistas de Iniciação Científica que foram treinados e qualificados visando a redução dos possíveis danos.

Foi elaborado um Termo de Confidencialidade dos Dados (APENDICE D) no qual o pesquisador se comprometeu com a confidencialidade, privacidade e segurança dos dados, também informam que estas informações comporão um banco de dados para possíveis releituras com diferentes referências teóricas.

## 5 RESULTADOS

A seguir os resultados da amostra divididos em caracterização sociodemográfica, clínica, adesão ao tratamento e suporte social. A correlação de Spearman será apresentada em formato de matriz.

### 5.1 CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E PERFIL CLÍNICO

Dos 168 participantes 56,5% (n = 95) eram homens e 43,5% (n = 73) mulheres. Entre os participantes 50,6 % (n = 85) conviviam com esposo(a) ou companheiro, 14,3% (n = 24) se encontravam separados, viúvos ou solteiros (n = 83). A maioria, 64,3 % (n = 108) se auto declararam brancos. A amostra teve uma média de 8,2 anos de estudo. A média de renda da população foi de 1534,68 reais, porém 61,3% (n = 103) relatou não estar empregado no momento da entrevista. A tabela 4 apresenta as frequências de características clínicas e sociodemográficas dos participantes.

Das características clínicas, 70,8% (n = 119) adquiriu o HIV por transmissão sexual e 23,8% (n = 40) afirmaram não saber o modo de infecção. A média de tempo de diagnóstico de 126,85 meses (DP = 85,7) e a média de tratamento da população de 101,23 meses (DP = 78,7). A carga viral mostrou-se abaixo de 50 cópias/ml<sup>3</sup>, CV indetectável, por 77,4% (n = 130) dos participantes. A maioria, 60,7% (n = 102) não teve infecções oportunistas no decorrer da infecção por HIV. Não relataram haver mudanças no estilo de vida 57,7% (n = 97) participantes. No que diz respeito a utilização de medicamentos psiquiátricos, 77,4% (n = 130) relataram não fazer uso. Também relataram não fazer uso de bebidas alcólicas e outras drogas 78,6% (n = 132) e 87,5% (n = 147) da população. A tabela 5 traz os dados descritivos de características clínicas e sociodemográficas dos adultos em TARV.

Tabela 4 - Frequências de características clínicas e sociodemográficas de adultos em TARV para o HIV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, RS, 2019

<b>Variável</b>		<b>N</b>	<b>(%)</b>
<b>Sexo</b>	Masculino	95	56.5
	Feminino	73	43.5
<b>Raça</b>	Amarela	2	1.2
	Branca	108	64.3
	Indígena	2	1.2
	Parda	26	15.5
	Preta	30	17.9
<b>Situação Conjugal</b>	Convive com esposo(a) ou companheiro(a)	85	50.6
	Separado(a)/divorciado(a)/solteiro(a)/viúvo(a)	83	49.4
<b>Empregado</b>	Não	103	61.3
	Sim, com carteira assinada	31	18.5
	Sim, sem carteira assinada	34	20.2
<b>Como adquiriu HIV?</b>	Desconhecida	40	23.8
	Drogas injetáveis	4	2.4
	Transfusão sanguínea	3	1.8
	Transmissão materna	2	1.2
	Transmissão sexual	119	70.8
<b>Teve alguma infecção oportunista?</b>	Não	102	60.7
	Sim	66	39.3
<b>Houve alguma mudança no estilo de vida devido ao tratamento?</b>	Não	97	57.7
	Sim	71	42.3
<b>Utiliza medicamentos psiquiátricos?</b>	Não	130	77.4
	Sim	38	22.6
<b>Injere bebidas alcoólicas?</b>	Não	132	78.6
	Sim	36	21.4
<b>Utiliza algum tipo de droga?</b>	Cocaína	1	0.6
	Maconha	5	3
	Não	147	87.5
	Outro	15	8.9

Fonte: autor.

Tabela 5 - Dados descritivos de características clínicas e sociodemográficas de adultos em TARV para o HIV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, RS, 2019

<b>Variável</b>	<b>n</b>	<b>(%)</b>	<b>Média</b>	<b>Min</b>	<b>Máx</b>	<b>DP</b>
<b>Anos de Estudo</b>			8,2	1	18	3,30
<b>Renda Mensal</b>			1534.68	0	8000	1267.697
<b>Há quantos meses você sabe do seu diagnóstico</b>	168		126.85	3	468	85.66
<b>Há quantos meses já está em tratamento para a Aids?</b>	168		101.23	3	468	78.7
<b>Carga Viral</b>	CV Indetectável	130	77.4	4341.10	0	214669.00
	CV não suprimida	38	22.6			

Fonte: autor.

## 5.2 SUPORTE SOCIAL

O suporte social total teve o escore de 3,53 (DP = 0,66) e seus fatores Instrumental e Emocional tiveram médias de 3,73 (DP = 0,77) e 3,35 (DP = 0,71). A tabela 6 mostra os escores, máximo e mínimo do suporte social e suas componentes além da consistência interna do instrumento por Alfa de Cronbach.

Tabela 6 - Estatística descritiva das dimensões de suporte social de adultos em TARV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019

Dimensões do Suporte Social	Pontuação				Alfa de Chronbach
	Min	Máx	Média	DP	
Emocional	1.90	5.00	3.35	0.71	0.851
Instrumental	1.80	5.00	3.73	0.77	0.745
Total	1.80	5.00	3.53	0.66	0.878

Fonte: autor

Mostraram-se fracamente correlacionados com suporte instrumental as variáveis de quantas pessoas dependem da renda ( $p = 0,044$ ) e o tempo de tratamento ( $p = 0,036$ ). Para o suporte emocional se mostraram houve correlação fracas e significativas renda mensal ( $p = 0,02$ ), quantas pessoas dependem da renda ( $p = 0,016$ ) e o tempo de diagnóstico ( $p = 0,009$ ). No suporte social total foram significativos a renda mensal ( $p = 0,033$ ), quantas pessoas dependem da renda ( $p = 0,019$ ), tempo de diagnóstico ( $p = 0,005$ ) e tempo em tratamento ( $p = 0,03$ ). A seguir a tabela 7 mostra a correlação entre as variáveis clínicas, sociodemográficas e suporte social e seus fatores.

Tabela 7 - Correlação de Spearman (Rhô) entre variáveis sociodemográficas e suporte social de adultos em TARV para o HIV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019

Variável		Instrumental	Emocional	Total
Escolaridade (anos de estudo)	Coeficiente	-.045	-.041	-.058
	Sig.	.565	.602	.453
	N	168	168	168
Renda Mensal	Coeficiente	.121	<b>.179*</b>	<b>.165*</b>
	Sig.	.118	<b>.020</b>	<b>.033</b>
	N	168	168	168

<b>Variável</b>		<b>Instrumental</b>	<b>Emocional</b>	<b>Total</b>
Quantas pessoas dependem da renda	Coeficiente	<b>.156*</b>	<b>.186*</b>	<b>.180*</b>
	Sig.	<b>.044</b>	<b>.016</b>	<b>.019</b>
	N	168	168	168
Quanto tempo você sabe do seu diagnóstico	Coeficiente	<b>-.194*</b>	<b>-.202*</b>	<b>-.214*</b>
	Sig.	<b>.012</b>	<b>.009</b>	<b>.005</b>
	N	168	168	168
Quantos comprimidos ingere por dia	Coeficiente	-.036	-.026	-.027
	Sig.	.644	.742	.730
	N	168	168	168
Há quantos meses já está em tratamento para a Aids?	Coeficiente	<b>-.162*</b>	-.134	<b>-.167*</b>
	Sig.	<b>.036</b>	.083	<b>.030</b>
	N	168	168	168

\* Correlação significativa para  $p \leq 0.05$

Fonte: autor

As fontes de suporte social foram: Esposa(o)/Companheira(o)/Namorado em 44,6% (n = 75) dos participantes, tanto para o fator instrumental quanto para a emocional; Familiares que residem com o paciente em 41,1% (n = 69) também para ambos os fatores; Familiares que não residem com o paciente foram fonte de apoio emocional para 43,5% (n = 73) e apoio instrumental para 48,2% (n = 81); Amigos foram fonte de apoio emocional para 8,9% (n = 15) e apoio instrumental para 41,1% (n = 69) dos participantes; Vizinhos foram fonte de apoio emocional para apenas 2,4% (n = 4) e fonte de apoio instrumental para 8,9 (n = 15); Os profissionais de saúde foram fonte de apoio emocional para 3% (n = 5) e fonte de apoio instrumental para 6% (n = 10) dos pacientes. A tabela 8 traz a frequência das fontes de apoio instrumental e apoio emocional.

Tabela 8: Frequência de fontes de suporte de adultos em TARV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019.

<b>Fontes de Suporte</b>	<b>Emocional</b>		<b>Instrumental</b>	
	N	%	n	%
Esposa(o), Companheira(o), Namorada(o)	75	44.6	75	44.6
Familiares que residem com o paciente	69	41.1	69	41.1
Familiares que não residem com o paciente	73	43.5	81	48.2
Amigo(s)	15	8.9	69	41.1
Vizinho(s)	4	2.4	15	8.9
Profissionais da Saúde	5	3.0	10	6.0
Outros	16	9.5	50	29.8

Fonte: autor

### 5.3 CARACTERIZAÇÃO DO CEAT-VIH

A tabela 9 mostra a classificação da adesão global segundo Remor (2007). Apenas 1,2 % (n = 2) dos participantes foram classificados como não aderentes, enquanto a maioria, 63,7% (n = 107) foram classificados com adesão insuficiente e o restante, 32,7% (n = 55) classificados com uma boa adesão.

Tabela 9 - Frequência da classificação de adesão ao tratamento de adultos em TARV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019

Adesão Global		
	N	%
Adesão Inadequada	2	1.2
Adesão insuficiente	107	63.7
Adesão estrita	55	32.7
Missing	4	2.4
Total	168	100.0

Fonte: autor.

Na correlação entre variáveis sociodemográficas e adesão e suas dimensões, mostraram-se fracas e significativas para a crença no tratamento a escolaridade ( $p = 0,008$ ) e renda mensal ( $p = 0,014$ ). Para a satisfação com o tratamento se mostrou significativo a quantidade de comprimidos ingeridos por dia ( $p = 0,026$ ). Apenas a renda mensal mostrou valor significativo ( $p = 0,02$ ) quando correlacionada com adesão global. A seguir a tabela 10 mostra as variáveis sociodemográficas e clínicas correlacionada com a adesão.

Tabela 10 - Correlação de Spearman (Rhô) entre variáveis sociodemográficas e adesão de adultos em TARV para o HIV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019

Variável		Cump.	Antec.	Comun.	Crenç.	Sat.	Adesão global
Escolaridade (anos de estudo)	Coeficiente	.077	-.013	.035	<b>.205*</b>	.031	.146
	Sig. (2-tailed)	.329	.868	.654	<b>.008</b>	.693	.063
	N	164	164	164	164	164	164
Quantidade de filhos	Coeficiente	.039	.019	-.014	-.127	-.032	-.100
	Sig. (2-tailed)	.620	.814	.854	.106	.688	.204
	N	164	164	164	164	164	164
Renda Mensal	Coeficiente	.019	-.006	.038	<b>.192*</b>	.126	<b>.182*</b>
	Sig. (2-tailed)	.805	.939	.630	<b>.014</b>	.109	<b>.020</b>
	N	164	164	164	164	164	164
	Coeficiente	-.100	-.043	.003	-.064	-.106	-.103

Variável		Cump.	Antec.	Comun.	Crenç.	Sat.	Adesão global
Quantas pessoas dependem da renda	Sig. (2-tailed)	.202	.585	.966	.414	.177	.191
	N	164	164	164	164	164	164
Quanto tempo você sabe do seu diagnóstico	Coeficiente	-.072	.009	-.076	.074	.121	-.002
	Sig. (2-tailed)	.361	.907	.335	.346	.121	.982
Quanto comprimidos ingere por dia	Coeficiente	-.015	-.130	-.067	-.043	<b>-.174*</b>	-.124
	Sig. (2-tailed)	.845	.098	.394	.581	<b>.026</b>	.114
Há quantos meses já está em tratamento para a Aids?	Coeficiente	-.022	.024	-.052	.070	.091	.028
	Sig. (2-tailed)	.777	.758	.508	.376	.248	.722
	N	164	164	164	164	164	164

\*. Correlação sinificativa para  $p \leq 0.05$

Cump = Cumprimento da Prescrição

Antec = Antecedentes de falha de adesão

Comum = Comunicação médico-paciente

Crenç = Crenças a respeito do tratamento

Sat = Satisfação com o tratamento

Fonte: autor.

As medicações que estavam sendo tomadas para o tratamento foram relatadas por 52,4% (n = 88), que faziam uso de estratégias variadas para lembrarem-se dos horários de tomada da medicação, como: lembretes no celular, deixar a medicação em local visível, aviso dos familiares entre outros. Parte da população, 56% (n = 94) relatou ter deixado de tomar a medicação por pelo menos um dia completo. A maioria, 61,3% (n = 103) relatou não fazer uso de estratégias para lembrarem-se de tomar a medicação. A tabela 11 apresenta a frequência das variáveis de tomada de medicações do CEAT-VIH.

Tabela 11: Frequências das variáveis de tomada de medicação de adultos em TARV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019.

Variável		n	%
Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo ou mais de um?	Não	74	44.0
	Sim	94	56.0
Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?	Não	103	61.3
	Sim	65	38.7

Fonte: autor

#### 5.4 CORRELAÇÃO ENTRE SUPORTE SOCIAL E ADESÃO

Foi o Rhô de Spearman a fim de verificar a correlação entre suporte social e seus fatores com a adesão e seus domínios. Mostrou-se que há correlação positiva e significativa entre suporte emocional e os domínios de antecedentes de falta de adesão, comunicação médico-paciente e a adesão global. O suporte social total correlaciona-se positivamente com a comunicação médico paciente. A tabela 12 mostra os escores de correlação entre suporte e seus fatores e adesão e seus domínios.

Tabela 12: Correlação de Spearman (Rhô) entre suporte social e seus fatores e adesão e seus domínios em adultos em TARV para HIV em acompanhamento no Hospital Universitário de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2019.

		Cump.	Antec.	Comun.	Crenç.	Sat.	Adesão global
<b>Instrumental</b>	<b>rs</b>	,025	-,002	,149	-,033	,062	,027
	<b>sig</b>	,752	,981	,057	,676	,433	,735
	<b>N</b>	164	164	164	164	164	164
<b>Emocional</b>	<b>rs</b>	,059	<b>,234*</b>	<b>,234*</b>	,063	,097	<b>,196*</b>
	<b>sig</b>	,449	<b>,003</b>	<b>,003</b>	,422	,215	<b>,012</b>
	<b>N</b>	164	164	164	164	164	164
<b>Total</b>	<b>rs</b>	,039	,115	<b>,202*</b>	,021	,076	,117
	<b>sig</b>	,624	,141	<b>,009</b>	,792	,331	,134
	<b>N</b>	164	164	164	164	164	164

\*A correlação (rs) é significativa (sig) no nível 0,05 (2 extremidades).

Cump = Cumprimento da Prescrição

Antec = Antecedentes de falha de adesão

Comun = Comunicação médico-paciente

Crenç = Crenças a respeito do tratamento

Sat = Satisfação com o tratamento

Fonte: autor



## 6 DISCUSSÃO

Os participantes deste estudo apresentam uma caracterização sóciodemográfica semelhante a população de adultos infectados pelo HIV nas diferentes regiões do Brasil (BRASIL, 2018). Outros estudos encontraram características semelhantes apresentando a maior parte da população composta por homens (APARECIDA et al., 2018; OKUNO et al., 2015; PEDROSA et al., 2016; SILVA et al., 2018), autodeclarada branca (OKUNO et al., 2015; PASSOS; SOUZA, 2015) e conviviam com companheiro(a) (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014; SILVA et al., 2018).

No estudo em tela, a média salarial foi aproximadamente de R\$ 1.534,00, corresponde a 1,5 salários mínimos vigente no país nos dias atuais. No entanto, a maioria afirmou não possuir vínculo laboral no momento da entrevista, o que poderá implicar nas condições de vida dessas pessoas. Tal achado converge com estudos desenvolvidos com adultos em Pelotas (RS), Ribeirão Preto (SP) e Fortaleza (CE) em que apesar de média salarial elevada os participantes não dispunham de vínculo empregatício formal (DA SILVEIRA; CARVALHO, 2011; PASSOS; SOUZA, 2015; SANTOS et al., 2018).

A média de anos estudados indica que a maioria dos participantes estudou até o ensino fundamental. Isso reforça a necessidade de uma assistência voltada a ações educativas que promovam a prevenção, compreensão da situação clínica e sobre o tratamento antirretroviral, implicando numa boa adesão. A escolaridade foi preocupação de estudiosos em várias pesquisas, como as desenvolvidas na Instituição de Infectologia Emilio Ribas de São Paulo (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014; TUFANO et al., 2015); da USP São Paulo e de Ribeirão Preto (FORESTO et al., 2017; TUFANO et al., 2015), e em investigação em que a coleta de dados foi em multicêntricos e em diversos estados brasileiros (GOMES et al., 2017).

Esse resultado permite a inferência de que ações educativas no campo da prevenção da transmissão da infecção pelo HIV devem ser desenvolvidas e mantidas no ambiente escolar contemplando os anos finais do ensino fundamental, pois encontra-se nos estudos acerca dessa epidemia que a maioria da população não continua os estudos para além do ensino fundamental. As medidas devem visar a educação da população a fim de ampliar o conhecimento acerca da epidemia, fornecendo subsídios para diminuição da vulnerabilidade individual, e impedir a

transmissão da infecção pelo HIV (AYRES et al., 2003a; GOMES et al., 2017; PEIXOTO; BARROS; GUIMARÃES, 2014).

Houve predominância da via sexual como modo de infecção, porém houve um alto número de pessoas que relataram não conhecer a maneira como foram infectadas. Isso pode indicar diagnósticos recentes onde as pessoas ainda não tiveram tempo de trabalhar com o estigma e o preconceito que podem advir da infecção a fim de descobrir como se infectaram (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018; DORA, 1996; LANGEBEEK et al., 2014; WU; LI, 2013). Ou os participantes poderiam ter mais de uma via de exposição à infecção pelo HIV.

No que se refere, a caracterização clínica dos participantes da presente pesquisa tem-se que a média do tempo de tratamento de 101,23 (DP = 78,7) é diferente da média de tempo de diagnóstico, 126,85 meses (DP = 85,7). Isso indica que o início do tratamento foi próximo ao período da descoberta da infecção, porém não foi imediato. Isso pode ser indicativo de que a maioria das PVHIV iniciaram o tratamento a partir do protocolo de diretrizes terapêuticas anteriores ao consenso de 2015, em que o tratamento era definido a partir de certo comprometimentos de valores de CV e LT-CD4 (BRASIL, 2015). A diferença entre a descoberta de diagnóstico e o início de tratamento não implicou no relato de doenças oportunistas, achado também encontrado em estudo recente (LIMA et al., 2018).

As variáveis acerca de uso de álcool e outras drogas e de medicamentos psiquiátricos foram analisados nesse estudo e apresentaram frequência relativa baixa. Esse é um resultado divergente de outros estudos quando se considera que as pessoas infectadas por HIV vivem em constante estresse causado pelas repercussões que a infecção pode causar. Entre elas, o estigma e o preconceito, podendo gerar problemas de saúde mental e de má adesão ao tratamento (SILVA et al., 2018; TUFANO et al., 2015).

Sabe-se que a própria patologia da infecção pode causar sintomas depressivos devido a inflamação crônica causada no organismo (BRASIL, 2017). Entretanto, nesse estudo a maioria relatou não fazer uso de medicamentos psiquiátricos. Isso pode estar ligado ao curto período de tempo entre diagnóstico e utilização de medicamentos ARVs, relatados pelos participantes deste estudo. A interrupção da replicação viral diminui a inflamação causada pela infecção, responsável pelos sintomas depressivos (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018; DE ALMEIDA, 2015).

O uso de álcool e outras drogas também são mecanismos de enfrentamento, ainda que não saudáveis, para lidar com a infecção (OLIVEIRA et al., 2017; SANTOS et al., 2017; TUFANO et al., 2015). Essas substâncias são depressoras do sistema nervoso, e utilizadas como formas de enfrentamento de situações estressantes ligados a infecção pelo HIV (MCINTOSH; ROSSELLI, 2012). Vários estudos já associaram o consumo regular de álcool e drogas à baixos escores de adesão (MCINTOSH; ROSSELLI, 2012; OLIVEIRA et al., 2017; SANTOS; SECOLI; PADOIN, 2016; SANTOS et al., 2017; TUFANO et al., 2015). Isso se deve ao fato de que pacientes além de perder doses de medicação por esquecimento também deixam de tomar os comprimidos para fazer uso destas substâncias (OLIVEIRA et al., 2017).

Ainda associado ao consumo de álcool e outras drogas está a exposição a situações de risco para a transmissão do HIV (OLIVEIRA et al., 2017; PEIXOTO; BARROS; GUIMARÃES, 2014; SANTOS et al., 2017). o estado alterado de consciência causado por essas substâncias faz com que os indivíduos esqueçam de usar preservativos por exemplo (GOMES et al., 2017; MALAVÉ et al., 2014; PEIXOTO; BARROS; GUIMARÃES, 2014), da mesma forma que relatam o esquecimento de doses do medicamento.

Qualquer dessas variáveis supracitadas remete a necessidade de apoio à pessoa que está em tratamento. Desse modo o constructo do Suporte Social se mostra convergente com estudos de adesão.

O suporte social e seus fatores apresentou escores considerados satisfatórios, sendo o escore de suporte instrumental (3.73) levemente mais elevado que o emocional (3.35). Indica que os participantes desse estudo estão mais satisfeitos com o apoio recebido no dia a dia para manter o tratamento, considerado manejo ou resoluções de questões operacionais, incluindo ajuda material ou financeira. Isso de independentemente do apoio emocional que remete a satisfação quanto a disponibilidade de companhia, de ser escutado, de receber atenção e informações. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes e consideraram os escores como satisfatórios (LENZI et al., 2018; PEDROSA et al., 2016; SANTOS et al., 2015).

Em relação às fontes de apoio, assim como em outros estudos, a família nuclear como pais, filhos, irmãos, cônjuges foram os mais lembrados pelas PVHIV (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014; FOROUZAN et al., 2013; LENZI et al., 2018; PEDROSA et al., 2016; SANTOS et al., 2015, 2018; SILVA; TAVARES, 2015). Percebe-se que a maioria das pessoas que são fonte desse tipo de apoio é íntima dos

participantes, com quem eles detêm uma relação de confiança, presumidamente estabelecida há algum tempo. O tempo poderá estar relacionado com o estabelecimento da confiança entre as pessoas, fazendo com que a PVHIV se sinta confortável em revelar o seu diagnóstico a quem confia, aumentando as possibilidades de que esses familiares possam fornecer apoio operacional em algum momento na rotina de cuidados das PVHIV ou apoio emocional.

Ainda se tratando das fontes de apoio, os profissionais de saúde foram pouco citados, entretanto nota-se que esses profissionais também foram fontes de suporte emocional, achado que converge com outros estudos (APARECIDA et al., 2018; SANTOS et al., 2015, 2018). Isso pode advir do desconhecimento dos familiares do estado sorológico dos pacientes, fazendo com que o profissional de saúde seja, por vezes, a única fonte de apoio emocional (LEMOS et al., 2018; SANTOS et al., 2018). Nesse contexto, percebe-se a importância dos profissionais de saúde em desenvolverem estratégias de cuidado que mantenham, aumentem e fortaleçam a rede de apoio e os vínculos sociais já estabelecidos pelas PVHIV (LEMOS et al., 2018; SANTOS et al., 2018).

Ainda neste estudo, algumas variáveis se mostraram relacionadas ao fator emocional sendo a renda mensal a única que se correlacionou apenas com o suporte emocional. Por mais que o acesso ao tratamento é de forma gratuita no Brasil, o déficit de renda pode ser uma barreira para a satisfação com o suporte social total (PEDROSA et al., 2016). Isso devido a renda ser um fator para a satisfação de necessidades essenciais como alimentação, transporte, considerando que por muitas vezes as PVHIV precisam se deslocar de suas cidades para ter acesso aos serviços de saúde especializados (LENZI et al., 2018; PEDROSA et al., 2016)

A quantidade de pessoas que dependem da renda teve correlação com apoio instrumental, emocional e total. Esse achado converge com outros estudos (LENZI et al., 2018; PEDROSA et al., 2016). Infere-se que quanto maior a quantidade de pessoas que dependem da renda, maior pode ser o estresse relacionado a situação financeira, por outro lado, essas pessoas dispõem de mais apoio em situações que a renda possa ser um fator que implique em baixo suporte e má adesão ao tratamento (FOROUZAN et al., 2013). Outro estudo observou que pessoas que residem sozinhas podem apresentar menor suporte instrumental comparados a indivíduos que moram com outras pessoas, o que pode causar prejuízo no cotidiano de cuidado com a saúde e na ajuda financeira (SANTOS et al., 2018).

O tempo de diagnóstico foi importante para o suporte social total e ambos os fatores. Em estudo semelhante desenvolvido no Nordeste mostrou que o tempo de diagnóstico menor de três anos influenciou positivamente os escores de apoio instrumental (PEDROSA et al., 2016). Esse achado pode indicar que após o diagnóstico recente as PVHIV recebem mais apoio instrumental devido a sensibilização da sua rede a partir da descoberta da infecção. Isso indica que as PVHIV receberam suporte em questões operacionais do dia-a-dia relacionadas ao seu cuidado de saúde, atividades físicas e ajuda financeira (CATUNDA; SEIDL; LEMÉTAYER, 2016; LENZI et al., 2018; PEDROSA et al., 2016; SANTOS et al., 2015).

O tempo de tratamento também está relacionado ao suporte instrumental em outros estudos (APARECIDA et al., 2018; LENZI et al., 2018; PEDROSA et al., 2016; SANTOS et al., 2015). Em um estudo realizado nos Estados Unidos, o menor tempo de tratamento teve correlação positiva para o suporte social instrumental e maiores níveis de LT-CD4 (KELLY et al., 2014). Isso pode estar associado ao fato de no início do tratamento as PVHIV dispor de maior apoio de informações e de ajuda da sua rede de suporte para manter o cuidado com a saúde (DA SILVEIRA; CARVALHO, 2011; PEDROSA et al., 2016).

Quanto as questões relacionadas com a adesão ao tratamento que foram analisadas têm-se que a média de adesão global da amostra desse estudo apresentou uma melhora em relação ao estudo antecessor que avaliou a adesão no mesmo cenário (PRIMEIRA, 2018). Entretanto a maioria dos participantes apresentaram escores de adesão insuficiente o período de coleta de dados desse estudo (setembro 2016 a dezembro 2018). Em outros estudos brasileiros que avaliaram a adesão ao tratamento com populações semelhantes atingiram escores médios variando de adesão insuficiente (OLIVEIRA et al., 2017; SILVA et al., 2015) à adesão adequada/estrita (SOUZA; TIBÚRCIO; KOIKE, 2016).

Ainda quanto aos fatores envolvidos na adesão ao tratamento, tem-se que o esquecimento de doses podem estar associados ao uso de substâncias psicoativas, mero esquecimento, ou simplesmente não ter o medicamento consigo no momento de toma-lo (LIMA et al., 2018; SANTOS et al., 2017; SILVA et al., 2015). Estudos mostram a importância do uso de estratégias para lembrar-se das doses (CHARANIA et al., 2014). Alguns estudos implantam e avaliam intervenções pensando na melhora da adesão, sejam essas intervenções telefônicas (HABERER et al., 2016; REYNOLDS et al., 2008); ou “parceiros de apoio” em que pessoas incentivam a

tomada das doses e inclusive lembram os horários (ATUKUNDA et al., 2017). Vale ressaltar que a adesão não depende somente da ingestão das doses, mas também de comparecimento as consultas e outros cuidados com a saúde como alimentação, não consumo de álcool e confiança no profissional de saúde (BRASIL, 2008).

Mesmo com adesão classificada como insuficiente, e perdendo algumas doses, a maioria dos participantes em diversos estudos conseguiu atingir a supressão viral (FORESTO et al., 2017; LIMA et al., 2018; PEDROSA et al., 2016). Cabe destacar que uma boa adesão ao longo dos anos será essencial para garantir uma supressão viral, diminuindo assim as chances de adoecimento, de transmissão do HIV, e mutações para cepas virais mais resistentes (BRASIL, 2018b).

Ao analisar a escolaridade como fator que poderá estar relacionado aos escores de adesão, o estudo em tela evidenciou que as crenças e expectativas a respeito do tratamento devem ser consideradas como um fator importante para adesão. Possuir um bom nível de educação auxilia na compreensão da infecção, auxiliando na aceitação e no cumprimento do tratamento prescrito para se manter saudável (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Esse estudo os fatores relacionados a renda também foram analisados com a escala de adesão e mostraram que as pessoas com HIV podem ter preocupações financeiras para além das medicações. Essas preocupações podem ser com o meio de transporte para chegar ao serviço de saúde; em como sustentar uma alimentação adequada para manter um bom estado de saúde; isso pode interferir em como a PVHIV gerencia o seu tratamento, o que pode causar situações estressoras implicando na má adesão e na insatisfação com o tratamento (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018; FREITAS et al., 2018).

O resultado acerca do esquema medicamentoso também foi importante para a satisfação com o tratamento nesse estudo. Esquemas medicamentosos complexos, com tomadas de medicação várias vezes ao dia podem interferir na adesão (GOULART et al., 2018; SILVA et al., 2015). Isso pode ser motivado pelos comprimidos em si, devido ao gosto, tamanho e/ou cheiro ou também pelos horários da medicação. Pacientes que precisam tomar medicação fora de suas casas podem perder doses com medo de devido a tomada do medicamento as pessoas a sua volta possam descobrir o seu diagnóstico (CASTELNUOVO et al., 2015). Isso pode gerar insatisfação com o tratamento e conseqüentemente falha na adesão. Tais resultados implicam na prática clínica indicando a necessidade da identificação de dificuldades,

adaptação de esquemas medicamentosos e negociação dos profissionais envolvidos com os pacientes, em especial com aqueles que precisam de uma quantidade maior de medicamentos relacionados a falhas medicamentosas.

Para atender ao objetivo de correlacionar o Suporte Social e Adesão ao tratamento foram realizados os testes estatísticos e tem-se como resultado que o suporte emocional se mostrou significativo para os domínios de antecedentes de má adesão e de comunicação médico paciente.

Dispor de suporte emocional faz com que as PVHIV se sintam bem psicologicamente e se motivem a seguir o tratamento (KIM et al., 2015). Indica-se que para êxito no tratamento se estabeleça certa corresponsabilização entre profissionais de saúde e paciente. Essa deverá ser mediada pela comunicação franca acerca de todos os pontos do tratamento, os efeitos colaterais, quanto ao uso de álcool e outras substâncias, a redução de danos, e os esclarecimentos sobre a patologia da infecção (BELLENZANI; NEMES; PAIVA, 2013; LEMOS et al., 2018; SANTOS et al., 2017). Dessa forma as pessoas que vivem com HIV poderão se sentem no controle de seu tratamento e motivadas a manter a rotina de tomada de medicamentos, consultas e demais cuidados com a saúde (KIM et al., 2015).

Dessa forma as repercussões do suporte social para a adesão possibilitam que PVHIV sejam protagonistas no seu cuidado com a saúde, implicando em boa qualidade de vida e no controle da epidemia.

## 7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

Mesmo não sendo estatisticamente significativa a relação entre suporte social e o domínio de cumprimento da adesão, observou-se que os participantes dispunham de suporte social para tal. Foi observado que a maioria dos participantes convivem com alguém, o que proporciona maiores condições de receber suporte para seguir o tratamento antirretroviral. Ainda, poucos contam com apoio para além do núcleo familiar. Frente a isso, faz-se necessário que profissionais de saúde utilizem estratégias de cuidado que ampliem a rede de apoio de PVHIV, se sentindo confortáveis para que possam revelar seu diagnóstico, melhorando a adesão.

Somado a não ter muitas fontes de apoio, ter uma baixa renda pode aumentar as situações de vulnerabilidade de PVHIV. Nesse sentido, aos profissionais cabem identificar as pessoas vulneráveis e os orientem sobre seus direitos, também somar profissionais que possam auxiliar/apoiar as pessoas em vulnerabilidade social. Isso gera condições de que as PVHIV tenham um melhor cuidado com a saúde, aumentando os níveis de adesão, aumentando as taxas de supressão viral e prevenindo que essas pessoas adoeçam e transmitam o vírus.

Mesmo com escores de adesão insuficientes a maioria dos participantes conseguiram atingir a supressão viral, indicando que pelo menos em se tratando da tomada de medicação eles conseguem atingir as doses necessárias para o efeito terapêutico. Considerando a adesão ao tratamento como um processo colaborativo profissional de saúde-paciente, verifica-se a importância dos outros domínios do CEAT-VIH para se elevar os escores de adesão global. Portanto, deve-se trabalhar pontos importantes como a comunicação profissional-paciente, as crenças e expectativas sobre o tratamento para que a PVHIV se sinta satisfeita e motivada a seguir o tratamento.

Considera-se também que as ações de educação em saúde relacionadas a educação sexual devem transcender os serviços de saúde e chegar à escola. Isso diminui as vulnerabilidades individuais e fornece a população maneiras de se proteger da infecção. Além disso, a quem se infecta aumenta as chances de uma melhor adesão devido ao conhecimento adquirido.

Salienta-se a importância de pesquisas que mantenham uniformidade na coleta de dados de variáveis sociodemográficas e de escalas preditoras de adesão que visem identificar os fatores que possam estar relacionados ao suporte social, de modo



a ser possível estabelecer relações que possam ser comparadas nos estudos somando-se esforços na construção e consolidação desse objeto de estudo a fim de fortalece-lo em ações de cuidado.

Pode-se fazer o alinhamento de ações de pesquisa, ensino e extensão, implementando os resultados encontrados nos estudos nas práticas de ensino, despertando questionamentos e inquietações em possíveis novos pesquisadores. Ainda, para aproximar estudantes desse constructo pode-se utilizar de ações de extensão, auxiliando na assistência e fortalecimento do suporte social de pessoas que vivem com HIV.

## REFERÊNCIAS

- AGGLETON, P.; PARKER, R. Moving beyond biomedicalization in the HIV response: Implications for community involvement and community leadership among men who have sex with men and transgender people. **American Journal of Public Health**, v. 105, n. 8, p. 1552–1558, 2015.
- ALVARENGA, Willyane de Andrade. **Cuidar da criança exposta ao vírus da imunodeficiência humana: uma trajetória de apreensão**. 2014. 120 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP, 2014.
- APARECIDA, L. et al. Suporte social e qualidade de vida de indivíduos com coinfeção tuberculose. **Enfermeria Global**, n. 50, p. 11–20, 2018.
- ATUKUNDA, E. C. et al. Understanding Patterns of Social Support and Their Relationship to an ART Adherence Intervention Among Adults in Rural Southwestern Uganda. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 2, p. 428–440, 2017.
- AYRES, J. et al. O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. p. 117–139, 2003a.
- AYRES, J. R. DE C. M. et al. O risco, vulnerabilidade e práticas de prevenção e promoção da saúde. **Saúde em debate**, n. 170, p. 375–417, 2003b.
- BARROS, S. G. DE; SILVA, L. M. V. DA. A terapia antirretroviral combinada, a política de controle da Aids e as transformações do Espaço Aids no Brasil dos anos 1990. **Saúde em Debate**, v. 41, n. spe3, p. 114–128, 2017.
- BELLENZANI, R.; NEMES, M. I. B.; PAIVA, V. Comunicação profissional-paciente e cuidado: avaliação de uma intervenção para adesão ao tratamento de HIV/Aids. **Interface - Comunicação, Saúde, Educação**, v. 17, n. 47, p. 803–834, 2013.
- BONOLO, P. D. F.; GOMES, R. R. D. F. M.; GUIMARÃES, M. D. C. Adesão à terapia anti-retroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. **Epidemiol. Serv. Saúde**, v. 16, n. 4, p. 261–278, 2007.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim epidemiológico HIV/Aids Boletim Epidemiológico HIV/AIDS**. Brasília; MS; 2018.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília; MS; 2017.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e AIDS**. Brasília; MS; 2008.
- BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de

DST, Aids e Hepatites Virais. **Manejo da infecção pelo hiv em adultos**. Brasília; MS; 2018

BRITO, A. M.; CASTILHO, E. A.; SZWARCOWALD, C. L. AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 34, n. 2, p. 207–217, 2000.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/Aids. **Psico-USF**, v. 19, n. 2, p. 221–232, 2014.

CARVALHO, Carolina Maria de Lima. **Avaliação prospectiva de parâmetros de saúde importadores do HIV durante consulta de enfermagem**. 2010. 125 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2010.

CASTELNUOVO, G. et al. The impact of anticipated stigma on psychological and physical health problems in the unemployed group. **Front. Psychol**, v. 6, n. August, p. 1–8, 2015.

CATUNDA, C.; SEIDL, E. M. F.; LEMÉTAYER, F. Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 32, n. spe, 2016.

CHARANIA, M. R. et al. Identification of evidence-based interventions for promoting HIV medication adherence: Findings from a systematic review of U.S.-based studies, 1996-2011. **AIDS and Behavior**, v. 18, n. 4, p. 646–660, 2014.

COBB, S. Social Support as a Moderator of Life Stress. **Psychosomatic Medicine**, v. 38, n. 5, p. 300–314, 1976.

COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária. **Saúde em Debate**, v. 42, n. 116, p. 148–161, 2018.

CUNHA, Gilmara Holanda da. **Influência do suporte social sobre parâmetros de saúde de pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2014. 143p. Tese (Doutorado em Enfermagem). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2014.

CURRAN, J. W.; JAFFE, H. W. AIDS: The early years and CDC's response. **MMWR. Morbidity and Mortality Weekly Report**, v. 60, n. 04, p. 1–9, 2015.

DANCEY, C. P., REIDY, J. 2006. **Estatística sem Matemática para Psicologia**. 3ª edição. Porto Alegre. Artmed.

DA 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. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 3, p. 645–650, 2011.

DE ALMEIDA, S. M. Análise de LCR na infecção pelo HIV e compartimentalização do HIV no sistema nervoso central. **Arquivos de Neuro-Psiquiatria**, v. 73, n. 7, p. 624–

629, 2015.

DE CARVALHO MESQUITA AYRES, J. R. et al. Vulnerability human rights, and comprehensive health care needs of young people living with HIV/AIDS. **American Journal of Public Health**, v. 96, n. 6, p. 1001–1006, 2006.

DOMBROSKI, J. et al. Population-based metrics for the timing of HIV diagnosis, engagement in HIV care, and virologic suppression. **AIDS**, v. 26, n. 1, p. 77–86, 2012.

DONNELL, D. et al. Heterosexual HIV-1 transmission after initiation of antiretroviral therapy: a prospective cohort analysis. **The Lancet**, v. 375, n. 9731, p. 2092–2098, 2010.

DORA, C. “Maís Merece!”: o estígma da infecção sexual pelo HIV/AIDS em mulheres. v. 4, n. 2, p. 295–318, 1996.

FIELD, Andy. Descobrimo a estatística usando o SPSS [recurso eletrônico]/Andy Field ; tradução Lorí Viali. – 2. ed. – Dados eletrônicos. – Porto Alegre : Artmed, 2009

FONSECA, M. G. P.; BASTOS, F. I. Twenty-five years of the AIDS epidemic in Brazil: principal epidemiological findings, 1980-2005. **Cadernos de saude publica**, v. 23 Suppl 3, n. 3, p. S333–S344, 2007.

FORESTO, J. S. et al. Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017.

FOROUZAN, A. S. et al. Social support network among people living with HIV/AIDS in Iran. **AIDS Research and Treatment**, v. 2013, 2013.

FREITAS, Julyana Gomes. **Vulnerabilidade de crianças no contexto das famílias que vivem com HIV/AIDS**. 2013. 127 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2013.

FREITAS, J. P. DE et al. Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 3, p. 327–333, 2018.

GARCIA, S.; DE SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: Iniquidades de gênero, raça e geração. **Saude e Sociedade**, v. 19, n. SUPPL.2, p. 9–20, 2010.

GOMES, R. R. DE F. M. et al. Fatores associados ao baixo conhecimento sobre HIV/AIDS entre homens que fazem sexo com homens no Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 33, n. 10, p. e00125515, 2017.

GOULART, S. et al. Adherence To Antiretroviral Therapy in Adults With Hiv/Aids Treated At a Reference Service. **Reme Revista Mineira de Enfermagem**, v. 22, p.

1–6, 2018.

GRANGEIRO, A. **MITO VS REALIDADE: sobre a resposta brasileira à epidemia de HIV e AIDS em 2016**. Rio de Janeiro: Associação Brasileira Interdisciplinar de AIDS, 2016. v. 1

GRECO, D. B. Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015. **Ciência e Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553–1564, 2016.

GÜNTHARD, H. F. et al. Antiretroviral Drugs for Treatment and Prevention of HIV Infection in Adults. **Jama**, v. 316, n. 2, p. 191, 2016.

HABERER, J. E. et al. SMS reminders plus real-time adherence monitoring improve adherence to antiretroviral therapy in rural Uganda. **Aids**, n. November 2015, p. 1295–1299, 2016.

HARGREAVES, J. R. et al. HIV-related stigma and universal testing and treatment for HIV prevention and care: Design of an implementation science evaluation nested in the HPTN 071 (PopART) cluster-randomized trial in Zambia and South Africa. **Health Policy and Planning**, v. 31, n. 10, p. 1342–1354, 2016.

KATZ, I. T. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, n. 3 Suppl 2, 2013.

KELLY, J. D. et al. Social support as a predictor of early diagnosis, linkage, retention, and adherence to HIV care: Results from the steps study. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 25, n. 5, p. 405–413, 2014.

KHAMARKO, K.; MYERS, J. J. The Influence of Social Support on the Lives of HIV-Infected Individuals in Low- and Middle-Income Countries. p. 1–40, 2013.

KIM, S.-H. et al. Importance of Self-Motivation and Social Support in Medication Adherence in HIV-Infected Adolescents in the United Kingdom and Ireland: A Multicentre HYPNet Study. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 29, n. 6, p. 354–364, 2015.

LANGEBEEK, N. et al. Predictors and correlates of adherence to combination antiretroviral therapy (ART) for chronic HIV infection: a meta-analysis. **BMC Medicine**, v. 12, n. 1, p. 142, 2014.

LEITE, J. L. et al. O caminhar para a concepção de um modelo de cuidado ao cliente hiv positivo 1. **Ciência, Cuidado e Saúde**, v. 6, n. 2, p. 187–196, 2007.

LEMOS, T. S. A. et al. Atuação do profissional de saúde junto à família com HIV/AIDS. **Revista Cubana de Enfermería**, v. 32, n. 4, p. 1–14, 2018.

LENZI, L. et al. Suporte social e HIV: relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento. **Psicologia: Teoria e Pesquisa**, v. 34, n. 0, p. 1–11, 2018.

LIMA, T. DE A. et al. Inequalities in HAART uptake and differential survival according to exposure category in Rio de Janeiro, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 34, n. 8, p. 1–15, 2018.

MAIA, Carlos Colares. **Reorientação do itinerário terapêutico e da promoção da saúde de adolescente e jovens soropositivos**. 2015. 87 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2015.

MAIA, C. S.; GUILHEM, D.; FREITAS, D. Vulnerabilidade ao HIV/Aids de pessoas heterossexuais casadas ou em união estável. **Revista de Saude Publica**, v. 42, n. 2, p. 242–248, 2008.

MALAVÉ, S. et al. Differences in testing, stigma, and perceived consequences of stigmatization among heterosexual men and women living with HIV in Bengaluru, India. **AIDS Care**, v. 26, n. 3, p. 396–403, 2014.

MARCHI, Maressa Claudia de. **Suporte social e adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que vivem com HIV/AIDS**. 2014. 85p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014.

MARQUES, M. C. DA C. Saúde e poder: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. **História, Ciências, Saúde-Manguinhos**, v. 9, n. Suplemento, p. 41–46, 2002.

MEDRONHO et al (org). *Epidemiologia*. 2ª Ed. São Paulo, Rio de Janeiro, Ribeirão Preto, Belo Horizonte: Atheneu, 2008.

MOURA, Ana Carolina de Oliveira Martins. **(Re)Construindo a experiência de mulheres com HIV/AIDS no grupo de apoio do CRASE, em Governador Valadares, MG**. 2005. 141 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2005.

MCINTOSH, R. C.; ROSSELLI, M. Stress and Coping in Women Living with HIV: A Meta-Analytic Review. **AIDS and Behavior**, v. 16, n. 8, p. 2144–2159, 2012.

MONTEIRO, A. L.; VILLELA, W. V. A criação do Programa Nacional de DST e Aids como marco para a inclusão da idéia de direitos cidadãos na agenda governamental brasileira TT - The building of the Brazilian National DST/Aids Program as a standpoint to the inclusion of citizen rights in th. **Rev. psicol. polit**, v. 9, n. 17, p. 25–45, 2009.

OKUNO, M. F. P. et al. Quality of life, socioeconomic profile, knowledge and attitude toward sexuality from the perspectives of individuals living with Human Immunodeficiency Virus. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 23, n. 2, p. 192–199, 2015.

OLIVEIRA, R. C. DE et al. Associação do uso de álcool e drogas e a adesão ao tratamento antirretroviral. **Revista de Enfermagem UFPE**, v. 11, n. 10, p. 3862–

3868, 2017.

OVIEDO, R. A. M.; CZERESNIA, D. O conceito de vulnerabilidade e seu caráter biosocial. **Interface: Communication, Health, Education**, v. 19, n. 53, p. 237–249, 2015.

PAIVA, Simone de Sousa. **Distribuição espacial e determinantes sociais de saúde na população com aids do Ceará**. 2013. 145 p. Tese (Doutorado em Enfermagem) – Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE, 2013.

PALELLA JR., F. J. et al. Mortality in the highly active antiretroviral therapy era: changing causes of death and disease in the HIV outpatient study. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 43, n. 1, p. 27–34, 2006.

PARKER, C. M. et al. Social risk, stigma and space: key concepts for understanding HIV vulnerability among black men who have sex with men in New York City. **Culture, Health and Sexuality**, v. 19, n. 3, p. 323–337, 2017.

PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L. D. DE M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 4, p. 800–814, 2015.

PEDROSA, S. C. et al. Suporte social de pessoas que vivem com a síndrome da imunodeficiência adquirida. **Texto Contexto Enfermagem**, v. 25, n. 4, p. e2030015, 2016.

PEIXOTO, E. R. DE M.; BARROS, F. C. R. DE; GUIMARÃES, M. D. C. Factors associated with unprotected sexual practice among men and women with mental illnesses in Brazil TT. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 30, n. 7, p. 1475–1486, 2014.

POLEJACK, L.; SEIDL, E. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 15, n. Sup 1, p. 1201–1208, 2010.

PRACHAKUL, W.; GRANT, J. S.; KELTNER, N. L. Relationships Among Functional Social Support, HIV-Related Stigma, Social Problem Solving, and Depressive Symptoms in People Living With HIV: A Pilot Study. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 18, n. 6, p. 67–76, 2007.

REYNOLDS, N. R. et al. Telephone Support to Improve Antiretroviral Medication Adherence. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 47, n. 1, p. 62–68, 2008.

RODRIGUES-JÚNIOR, A. L.; RUFFINO-NETTO, A.; CASTILHO, E. A. DE. Spatial distribution of the human development index, HIV infection and AIDS-Tuberculosis comorbidity: Brazil, 1982 - 2007. **Revista Brasileira de Epidemiologia**, v. 17, n. suppl 2, p. 204–215, 2014.

SANTOS, Walquíria Jesusmara dos. **Aspectos psicossociais na adesão ao tratamento de pessoas com HIV/AIDS: o uso do genograma para o**

**conhecimento da rede familiar.** 2011. 196 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG, 2011.

SANTOS, Wendel Mombaqué dos. **A relação entre suporte social e autoeficácia em adultos submetidos à terapia antirretroviral.** 2014, 44p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, 2014.

SANTOS, W. M. DOS et al. Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV. **Scientia Medica**, v. 25, n. 2, 2015.

SANTOS, W. M. DOS; SECOLI, S. R.; PADOIN, S. M. DE M. Potential drug interactions in patients given antiretroviral therapy. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, n. 0, 2016.

SANTOS, R. C. S.; SCHOR, N. As primeiras respostas à epidemia de aids no Brasil: Influências dos conceitos de gênero, masculinidade e dos movimentos sociais. **Psicologia em Revista**, v. 24, n. 1, p. 45–59, 2015.

SANTOS, V. DA F. et al. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 94–100, 2017.

SANTOS, V. F. et al. Suporte social de pessoas com HIV/Aids : Modelo da Determinação Social da Saúde. **Rev Bras Enferm**, v. 71, n. supl 1, p. 670–675, 2018.

SARASON, I. G.; SARASON, B. R. **Social support: theory, research and applications.** Seattle. Series D: Behavioral and Social Sciences. n. 24, 1985

SCHACKER, T. et al. Clinical and epidemiologic features of primary hiv infection. **Annals of Internal Medicine**, v. 125, n. 4, p. 257–264, 1996.

SCHAURICH, D.; FREITAS, H. M. B. DE. The HIV/AIDS vulnerability framework applied to families: a reflection. **Revista da Escola de Enfermagem da U S P**, v. 45, n. 4, p. 989–95, 2011a.

SCHAURICH, D.; FREITAS, H. M. B. DE. O referencial de vulnerabilidade ao HIV/AIDS aplicado às famílias: Um exercício reflexivo. **Revista da Escola de Enfermagem**, v. 45, n. 4, p. 989–995, 2011b.

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, dez. 2006.

SEIDL, E. M. F.; ZANNON, C. M. L. DA C.; TRÓCOLI, 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, ago. 2005.

SILVA, H. S. DA; SANTOS, A. H. DA S.; STOSIC, T. Estudo de comparação da tendência da AIDS no Brasil, Regiões e Estados, de 1990 à 2012, por sexo e faixa



etária. **Revista da Estatística UFOP**, v. 3, p. 446–450, 2014.

SILVA, L. M. S. DA; TAVARES, J. S. C. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1109–1118, 2015.

SILVA, Rafael Tavares da Silveira. **Estratégias de enfrentamento de pessoas vivendo com aids frente à situação da doença**. 2014. 102 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal, RN, 2014.

SILVA, R. T. S. R. A. R. DA et al. Coping strategies of people living with AIDS in face of the disease. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 26, n. 0, 2018.

SILVA, J. A. G. et al. Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com AIDS nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188–1198, 2015.

SILVA, Simone Santos e. **Narrativas de gestantes que vivem com o HIV/AIDS: contribuições para o cuidar em enfermagem**. 2014. 89 p. Dissertação (Mestrado em Enfermagem). Fundação Universidade Federal do Piauí, Terezina, PI, 2014.

SOUZA, G. DE O.; TIBÚRCIO, A. A. C. M.; KOIKE, M. K. Appropriate adherence to antiretroviral therapy in the Alto Paranaíba, Minas Gerais, Brazil. **Medical Express**, v. 3, n. 3, p. 1–7, 2016.

STEWARD, W. T. et al. Stigma Is Associated with Delays in Seeking Care among HIV-Infected People in India. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care (JIAPAC)**, v. 12, n. 2, p. 103–109, 2013.

SURRATT, H. L. et al. HIV Testing and Engagement in Care among Highly Vulnerable Female Sex Workers: Implications for Treatment as Prevention Models. **Journal of Health Care for the Poor and Underserved**, v. 25, n. 3, p. 1360–1378, 2014.

SZWARCWALD, C. L. The HIV/AIDS epidemic in Brazil: three decades. **Cadernos de Saúde Públicae publica**, v. 27, n. 1, p. S4–S5, 2011.

TILAHUN, H. A.; MARIAM, D. H.; TSUI, A. O. Effect of Perceived Stigma on Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy and Self-Confidence to Take Medication Correctly in Addis Ababa, Ethiopia. **Journal of HIV/AIDS & Social Services**, v. 11, n. 4, p. 346–362, 2012.

TUFANO, C. S. et al. A influência dos sintomas depressivos e do uso de substâncias na adesão à terapia antirretroviral. Um estudo transversal de prevalência. **Sao Paulo Medical Journal**, v. 133, n. 3, p. 179–186, 2015.

VIDAL, E. C. F. et al. Public Policies for Hiv People : Discussion on Sexual and Reproductive Rights Políticas Públicas Para Personas Con Vih : Discutiendo Derechos Sexuales Y. v. 10, n. 2, p. 166–174, 2009.

VIEIRA, A. C. DE S. et al. A epidemia de HIV / Aids e a ação do Estado . Diferenças entre Brasil , África do Sul e Moçambique. **R. Katál**, v. 17, n. 2, p. 196–206, 2012.

WU, L.; LI, X. Community-based HIV/AIDS interventions to promote psychosocial well-being among people living with HIV/AIDS: a literature review. **Health Psychology and Behavioral Medicine**, v. 1, n. 1, p. 31–46, 2013.

## APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

#### TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: O Uso De Mensagens De Texto Na Adesão Ao Tratamento Antirretroviral

Pesquisador responsável: Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin

Doutorando responsável: Enfermeiro Mestre Wendel Mombaque dos Santos

Instituição/Departamento: Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

Eu, Stela Maris de Mello Padoin e Wendel Mombaque dos Santos, responsáveis pela pesquisa intitulada "O Uso De Mensagens De Texto Na Adesão Ao Tratamento Antirretroviral", o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Eu \_\_\_\_\_, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo feito e que houve o compromisso de manter segredo da nossa conversa. Compreendi que: não sou obrigado(a) a participar desta pesquisa, e minha escolha será respeitada e que em qualquer momento posso desistir, sem que isso cause qualquer dificuldade para meu atendimento no hospital.

Esta pesquisa pretende avaliar a influência de intervenções realizadas por mensagem de texto na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas infectadas pelo HIV. Acreditamos que ela seja importante porque possibilitariam o profissional de saúde atuar de forma direta na implicação da adesão por meio de recursos tecnológicos, no caso o uso do telefone celular, este que a cada dia possui maior destaque no cotidiano a população mundial, de forma a contribuir para o aumento da adesão ao tratamento antirretroviral. Para sua realização será feito o seguinte: será aplicado um questionário momento inicial, após 3 meses e após 6 meses da data inicial, e durante este período serão enviadas mensagens de texto e mensalmente será realizada uma ligação para confirmação do contato telefônico. Sua participação constará de responder os questionários e aceitar o recebimento das mensagens de texto, assim como a ligação mensal de confirmação.

É possível que aconteçam os seguintes desconfortos ou riscos: o cansaço e o desconforto físico, nesse sentido, as ações serão realizadas por profissionais treinados e qualificados para as ações que serão desenvolvidas no projeto, visando a redução dos possíveis danos. Os benefícios que esperamos com o estudo são de ordem direta, visto que ao ser avaliado o aumento da adesão ao tratamento antirretroviral o acompanhamento poderá ser estendido aos demais pacientes do ambulatório de doenças infecto contagiosas, garantindo uma melhor qualidade de tratamento.

*Para caso de tratamento de saúde:* É importante esclarecer que, caso você

decida não participar, não haverá alteração do seu tratamento realizado no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria.

Durante todo o período da pesquisa você terá a possibilidade de tirar qualquer dúvida ou pedir qualquer outro esclarecimento. Para isso, entre em contato com algum dos pesquisadores ou com o Conselho de Ética em Pesquisa.

Em caso de algum problema relacionado com a pesquisa, você terá direito à assistência gratuita que será prestada no Sistema Único de Saúde.

Você tem garantido a possibilidade de não aceitar participar ou de retirar sua permissão a qualquer momento, sem nenhum tipo de prejuízo pela sua decisão.

As informações desta pesquisa serão confidenciais e poderão divulgadas, apenas, em eventos ou publicações, sem a identificação dos voluntários, a não ser entre os responsáveis pelo estudo, sendo assegurado o sigilo sobre sua participação.

Os dados coletados serão guardados por 5 anos, por determinação das normas de pesquisa e somente a pesquisadora e orientadora do estudo terão acesso aos dados da pesquisa e esses irão compor um banco de dados e responder aos objetivos deste projeto;

Os gastos necessários para a sua participação na pesquisa serão assumidos pelos pesquisadores. Fica, também, garantida indenização em casos de danos comprovadamente decorrentes da participação na pesquisa.

### **Autorização**

Eu, [nome completo do participante], após a leitura ou a escuta da leitura deste documento que foi elaborado em duas vias, (sendo que uma ficará com o participante e outra via com os pesquisadores), e ter tido a oportunidade de conversar com o pesquisador responsável, para esclarecer todas as minhas dúvidas, estou suficientemente informado. Ficou claro para que a minha participação é voluntária e que posso retirar este consentimento a qualquer momento sem penalidades ou perda de qualquer benefício. Estou ciente também dos objetivos da pesquisa, dos procedimentos aos quais serei submetido, dos possíveis danos ou riscos deles provenientes e da garantia de confidencialidade, bem como que posso solicitar esclarecimentos sempre que desejar. Diante do exposto e de espontânea vontade, expresso minha concordância em participar deste estudo.

Assinatura do participante

Assinatura do pesquisador responsável: \_\_\_\_\_

Assinatura do responsável pela obtenção do TCLE

Santa Maria, [dia] de [mês] de [ano].

## APENDICE B - TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

### CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E SOCIEDADE

#### TERMO DE ASSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Título do estudo: O Uso De Mensagens De Texto Na Adesão Ao Tratamento Antirretroviral

Pesquisador responsável: Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin

Doutorando responsável: Enfermeiro Mestre Wendel Mombaque dos Santos

Instituição/Departamento: Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Local da coleta de dados: Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria/RS, Brasil.

Eu, Stela Maris de Mello Padoin e Wendel Mombaque dos Santos, responsáveis pela pesquisa intitulada "O Uso De Mensagens De Texto Na Adesão Ao Tratamento Antirretroviral", o convidamos a participar como voluntário deste nosso estudo.

Eu \_\_\_\_\_, confirmo que recebi as informações necessárias para entender porque e como este estudo está sendo feito e que houve o compromisso de manter segredo da nossa conversa. Compreendi que: não sou obrigado(a) a participar desta pesquisa, e minha escolha será respeitada e que em qualquer momento posso desistir, sem que isso cause qualquer dificuldade para meu atendimento no hospital.

Este estudo tem **como objetivo** avaliar a influência de intervenções realizadas por mensagem de texto na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas infectadas pelo HIV. Para isso vou responder algumas perguntas em três momentos, agora, após 3 meses e após 6 meses da data de hoje, e durante este período serão enviadas mensagens de texto para meu telefone celular e mensalmente será realizada uma ligação para confirmação do contato telefônico.

Há possibilidade de risco mínimo, ou seja, posso ter cansaço e o desconforto físico, em função do tempo para participação. Nesse sentido, será proporcionado um tempo livre para a atividade e ações lúdicas durante a coleta de dados, caso seja necessário;

Os dados coletados serão guardados por 5 anos, por determinação das normas de pesquisa e somente a pesquisadora e orientadora do estudo terão acesso aos dados da pesquisa e esses irão compor um banco de dados e responder aos objetivos deste projeto;

Os resultados do estudo deverão ser divulgados e publicados. Tendo acesso a essas informações, outros profissionais poderão compreender de que modo o uso de mensagem de texto enviadas para o telefone celular permite a melhoria do meu tratamento antirretroviral, o que permite melhorias na estrutura e no atendimento de suas necessidades;

Na divulgação desses resultados, meu nome não aparecerá. Assim, ninguém

poderá descobrir quem sou eu;

Compreendi, também, que se eu tiver dúvidas sobre este estudo, poderei telefonar a cobrar para: Stela Maris de Mello Padoin (55-99713143). Assim como poderei entrar em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal de Santa Maria. *Um comitê de ética em pesquisa em seres humanos é integrado por um grupo de pessoas que trabalham para garantir que seus direitos como participante de pesquisa sejam respeitados. Ele tem a obrigação de avaliar se a pesquisa foi planejada e se está sendo executada de forma ética. Se você entender que a pesquisa não está sendo realizada da forma como imaginou ou que está sendo prejudicado de alguma forma, você pode entrar em contato com o CEP da UFSM: Av. Roraima, 1000 - 97105-900 - Santa Maria - RS - 2º andar do prédio da Reitoria. Telefone: (55) 3220-9362 - E-mail: [cep.ufsm@gmail.com](mailto:cep.ufsm@gmail.com). Caso prefira, você entrar em contato sem se identificar.*

Eu entendi que a pesquisa é sobre *como as mensagens de texto recebidas no celular podem interferir em como eu tomo os medicamentos para o tratamento que realiza*. Também compreendi que fazer parte dessa pesquisa significa que *irei responder um questionário três vezes num período de seis meses e irei receber mensagens no meu celular durante esse período*. Eu aceito participar dessa pesquisa.

Assinatura da criança ou adolescente:

Assinatura dos pais/responsáveis:

Assinatura do pesquisador: \_\_\_\_\_

Data: ...../...../.....

## APENDICE C - TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA MARIA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO DE ENFERMAGEM  
GRUPO DE PESQUISA CUIDADO À SAÚDE DAS PESSOAS, FAMÍLIAS E  
SOCIEDADE**

### TERMO DE CONFIDENCIALIDADE

Título do estudo: O Uso De Mensagens De Texto Na Adesão Ao Tratamento Antirretroviral

Pesquisador responsável: Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin

Doutorando responsável: Enfermeiro Mestre Wendel Mombaque dos Santos

Instituição/Departamento: Departamento de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal de Santa Maria

Telefone e endereço postal completo: (55) 3220-8029. Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336, 97105-970 - Santa Maria - RS.

Os pesquisadores do presente projeto se comprometem a preservar a confidencialidade dos dados dos participantes desta pesquisa, cujos dados serão coletados por meio de questionários, no Hospital Universitário da Universidade Federal de Santa Maria. Informam, ainda, que estas informações poderão compor um banco de dados para possíveis releituras com diferentes referências teóricas.

Os dados coletados serão guardados por cinco anos, por determinação das normas de pesquisa e somente a pesquisadora e orientadora do estudo terão acesso aos dados da pesquisa e esses irão compor um banco de dados e responder aos objetivos deste projeto.

As informações somente poderão ser divulgadas de forma anônima e serão mantidas na UFSM - Avenida Roraima, 1000, prédio 26, sala 1336 - 97105-900 - Santa Maria - RS, por um período de cinco anos, sob a responsabilidade da Professora Doutora Stela Maris de Mello Padoin. Após este período os dados serão destruídos.

Este projeto de pesquisa foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFSM em ...../...../....., e recebeu o número Caae .....

Santa Maria, [dia] de [mês] de [ano]

---

*Assinatura do pesquisador responsável.*

## ANEXO A – AUTORIZAÇÃO DO USO DO CEAT-VIH

AUTORIZAÇÃO DE USO DO 'CUESTIONARIO PARA LA EVALUACIÓN DE LA ADESIÓN AL TRATAMIENTO – VIH' (CEAT-VIH©) Copyright by EDUARDO REMOR

Por este meio, Eu, Prof. Dr. Eduardo Remor, autor e proprietário dos direitos autorais do "Cuestionario para la Evaluación de la Adesión al Tratamiento - VIH (CEAT-VIH©)" em todas suas versões e idiomas, autorizo a Profa. Dra. Stela Maris de Mello Padoin (UFSM) e o estudante Wendel Mombaqué dos Santos (Doutorando), o uso do questionário CEAT-VIH versão em português, em seu projeto de pesquisa: "O USO DE MENSAGENS DE TEXTO NA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL". Esta autorização não tem limite de prazo, mas é restrita ao presente projeto.

Ademais, e de acordo com a normas: International Test Commission. (2014). ITC Statement On the Use of Tests and Other Assessment Instruments for Research Purposes. Document reference: ITC-S-TU-20140410; lembre-se que:

- 1) O questionário deve ser utilizado no formato fornecido, não é permitida qualquer alteração;
- 2) Não está permitido incluir copia do instrumento em anexos de teses, dissertações ou outros trabalhos de conclusão de curso, nem publicações.
- 3) Não é permitida a divulgação do instrumento, por qualquer meio, digital ou impresso.

O não cumprimento destas normas será penalizado de acordo as leis de direitos autorais.

Cordialmente,



Prof. Dr. Eduardo Remor

Departamento de Psicología Biológica y de la Salud  
Facultad de Psicología  
UNIVERSIDAD AUTÓNOMA DE MADRID

PPG em Psicologia  
Instituto de Psicologia  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL