

**OS EFEITOS DO APOIO SOCIAL NA ADESÃO AO TRATAMENTO
ANTIRRETROVIRAL: um estudo de coorte prospectiva.**

*THE EFFECTS OF SOCIAL SUPPORT ON ANTI-RETROVIRAL TREATMENT
ADHERENCE: a prospective cohort study*

Renata Souza de Souza¹

José Carlos de Carvalho Leite²

RESUMO: O presente estudo descreve a adesão e estuda os efeitos do apoio social para esse tratamento; também investiga a extensão em que outras condições sociais, econômicas, terapêuticas e de saúde influenciam na adesão. Participaram do estudo 140 pacientes do SAE-Canoas-RS, portadores do vírus HIV, acompanhados em uma coorte prospectiva de 6 meses, sendo a primeira coleta de dados realizada após uma avaliação clínica (Tempo 0); e a segunda foi realizada para avaliar a adesão ao tratamento (Tempo 1). A percentagem de adesão foi obtida em consulta aos prontuários dos participantes, onde as seguintes informações foram comparadas entre os tempos 0 e 1 (coleta final dos dados): a carga viral (relação CD4/CD8) e o número de infecções secundárias. Esse projeto foi aprovado pela Secretaria Municipal da Saúde de Canoas e ao comitê de ética (Unilasalle-Canoas). A percepção de apoio social foi dividida em dois níveis (alto \geq mediana; baixo $<$ mediana). Considerando esses dois níveis, a percentagem dos não aderentes foi de 50% (n=62/124). Entre os grupos de aderentes e não aderentes, não houve evidência de diferença entre as médias nos dois níveis de apoio social (t = - 1,896; p=0,060). Portanto, informações sobre a percepção de apoio social para adesão ao tratamento podem ser importantes, pois a chance de adesão é maior quando o escore dessa medida aumenta em uma unidade.

Palavras-Chave: apoio social, antirretroviral, adesão.

¹Unilasalle-Canoas - Psicóloga clínica

²PhD Universidade de Londres - Professor do Curso de Psicologia, Unicnec - Osório.

Abstract

The present study describes the membership and studying the effects of social support to this treatment; also investigates the extent to which other social, economic conditions, health and therapeutic influence on accession. 130 patients participated in the study of the SAE-Pittsford, carriers of the HIV virus, accompanied in a prospective cohort of 6 months, the first being data collection performed after a clinical evaluation (Time 0); and the second was held to assess the adherence to the treatment (Time 1). The percentage of membership was obtained in consultation with the medical records of the participants, where the following information was compared between times 0 and 1 (final collection): viral load (CD4/CD8 ratio) and the number of secondary infections. This project was approved by the Municipal Health Secretariat of Canoas and the Ethics Committee (Unilasalle-Canoas). The perception of social support was divided into two levels (high \geq median, low $<$ median). Considering these two levels, the percentage of non-adherents was 50% ($n = 62/124$). Among the adherent and non-adherent groups, there was no evidence of difference between means at the two levels of social support ($t = - 1.896$, $p = 0.060$).

Therefore, information on the perception of social support for adherence to treatment can be important, because the chance of accession is greater when the score this measure increases by one unit.

Keywords: social support, antiretroviral adherence.

INTRODUÇÃO

O HIV é um vírus que se espalha através de fluidos corporais e afeta células específicas do sistema imunológico, conhecidas como células CD4, ou células T. Sem o tratamento antirretroviral, o HIV afeta e destrói essas células específicas do sistema imunológico e torna o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças. Quando isso acontece, a infecção por HIV leva à AIDS. O Brasil é o país mais populoso da América Latina e também o que mais concentra casos de novas infecções por HIV na região. O país responde por 49% das novas infecções – segundo estimativas mais recentes do UNAIDS. Estimativas sobre HIV e AIDS para o Brasil (2016): Em 2016, havia 830.000 [610.000 – 1.100.000] pessoas vivendo com HIV; Em 2016, estimam-se que tenham ocorrido 48.000 [35.000 – 64.000] novas infecções pelo HIV; O número de

mortes relacionadas à AIDS no Brasil foi estimada pelo UNAIDS em 14.000 [9.700 – 19.000] em 2016. O dado mais recente sobre prevalência de HIV estimada para o Brasil em relatórios do UNAIDS é de 0,4% a 0,7% em pessoas de 15 a 49 anos – em 2014.

A terapia antirretroviral, para atingir redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1, chegando a níveis plasmáticos indetectáveis (<50 cópias/mmg), necessita de, ao menos, 95 % de adesão ao tratamento por parte dos portadores do HIV (Brasil, 2013). Esta aderência quase perfeita (de 95% ou mais) ao tratamento antirretroviral possibilita sucesso clínico em mais de 80% dos casos, ao contrário de pessoas que aderem entre 80% e 94%, obtendo sucesso de apenas 60% (Wang e Wu, 2007). Com este nível alto de adesão, tem se conseguido manter a supressão sustentada da replicação viral e a diminuição das taxas de falência terapêutica, melhorando a qualidade de vida do paciente.

Esquemas de tratamento antirretroviral (TARV), em geral, utilizam combinações de inibidores de transcriptase reversa, esquemas estes potentes e eficazes na redução da carga viral plasmática de RNA-HIV-1, levando o usuário a níveis plasmáticos indetectáveis. Contudo, no estado do Rio Grande do Sul: (a) as altas taxas de detecção de pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA) (41,4 casos/100 mil habitantes); (b) o maior coeficiente de mortalidade em 2014 dentre os estados brasileiros (10,6 óbitos para cada 100 mil habitantes) e (c) as dificuldades de adesão ao tratamento levaram o ministério da saúde a simplificar a oferta de TARV. Desde meados de 2014 a dose tripla combinada (o chamado três-em-um) dos medicamentos tenofovir (300 mg), lamivudina (300 mg) e efavirenz (600 mg) vem sendo oferecida no Rio Grande do Sul (Brasil, 2015; Brasil, 2014). Os critérios quanto ao início do TARV baseiam-se em evidências de benefícios clínicos e de prevenção da transmissão do HIV providas por estudos experimentais e observacionais, somadas a disponibilidade de opções terapêuticas mais cômodas e bem toleradas (Brasil, 2013a; Wittkop et al. 2011; Sari et al. 2009). Tais critérios para o início do TARV têm sido: (a) todas as PVHA, independentemente da contagem de CD4; (b) indivíduos sintomáticos (incluindo aqueles com tuberculose ativa), independentemente da contagem de CD4; (c) assintomáticos (com $CD4 \leq 500$ células/mm³, $CD4 > 500$ células/mm³ ou sem contagem de LT-CD4+ disponível); e (d) gestantes (Brasil, 2013b). A efetividade do TARV é indicada por carga viral (CV) inferior a 1.000 cópias por mL. Esses baixos

níveis de CV têm sido associados à redução da probabilidade não só de as PVHA apresentarem doenças clínicas, tais como doenças oportunistas (Mutas-Apollo, 2013), como também da transmissão do HIV (Montaner et al., 2014). A monitoração da resposta terapêutica em longo prazo inclui a contagem da CV a cada 6 meses realizada pelo mesmo laboratório e técnica (Brasil, 2015). Dentre os fatores que podem diminuir a velocidade de queda da carga viral ou mesmo aumentar a viremia estão os seguintes: não adesão ao tratamento antirretroviral; contagem de base de células T CD4 baixa; administração incorreta dos antirretrovirais (ARV); regime terapêutico pouco potente; presença de infecções intercorrentes (ex.: tuberculose, meningite) e resistência viral (Brasil, 2013b).

Dentre os possíveis determinantes da motivação para adesão ao tratamento para o HIV está o apoio social, a eficácia para aderir à prescrição antirretroviral e as características de personalidade, como a capacidade de autodeterminação nos processos decisórios e ações em diferentes eventos de vida (Drachler et al 2016). Intervenções podem ser desenvolvidas para auxiliar na efetividade das ações em saúde, como as abordagens social, comportamental ou cognitiva (Edwards, 2006; Vyavaharkar, 2007). Diferentes estudos têm focado o papel de apoio social na promoção da adesão ao tratamento antirretroviral em portadores de HIV/AIDS (Dunbar- Jacob & Schlenk, 2001). Por meio da compreensão do impacto das redes sociais nos comportamentos de saúde, intervenções podem ser desenvolvidas para auxiliar na efetividade de ações em saúde, como as das abordagens social, comportamental ou cognitiva (Edwards, 2006; Vyavaharkar, 2007). Desta forma, o apoio social está diretamente associado à capacidade individual de enfrentamento das dificuldades decorrentes do diagnóstico e tratamento do HIV (Laserman et al., 1999), contribuindo para uma evolução das condições clínicas, como sintomas e efeitos colaterais mais amenos, melhora imunológica, além da diminuição da carga viral (Burgoyne, 2004). A qualidade de vida é determinada pela extensão em que as ambições e esperanças correspondem à experiência pessoal; pelas percepções do indivíduo sobre sua posição na vida, levando em conta o contexto da cultura e sistemas de valores em que a pessoa vive; e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e conceitos, pela avaliação do estado atual em relação ao ideal, bem como o que as pessoas consideram como fatores importantes em suas vidas. Não apenas a saúde, representada pelos domínios físicos e funcionais, é

importante para se entender a qualidade de vida do sujeito diante da situação de doença, mas outros domínios que se referem a aspectos sociais e emocionais são de igual valor.

Considerando a importância do apoio social para modificar e sustentar mudanças de comportamento e saúde, esse estudo investiga os diferentes aspectos do apoio social que mais se associam a adesão ao tratamento antirretroviral em portadores do vírus HIV.

MÉTODO

Delineamento e participantes

Participaram do estudo 140 pacientes do SAE-Canoas-RS, portadores do vírus HIV (recém-diagnosticados ou não). O tamanho da amostra ($n=$ de 119 a 150) considerou que o estudo pretende detectar razões de chance (odds ratios - OR) de não adesão aos antirretrovirais de, no mínimo, 3.0 para fatores de risco dicotômicos, assumindo que a prevalência de não adesão na população seja aproximadamente 33%, o poder do estudo 80%, a significância estatística para as estimativas 5%, e que de 20 a 70% dos pacientes com o fator de risco de interesse (menos motivados) sejam aderentes aos antirretrovirais (calculado pelo pacote estatístico Epi-info).

Os pacientes foram acompanhados em uma coorte prospectiva de seis meses, sendo a primeira coleta de dados realizada após uma avaliação clínica, após, cerca de seis meses a segunda coleta de dados, foi realizada, para avaliar a adesão ao TARV (único desfecho do presente estudo). Os pacientes foram informados acerca dos objetivos do estudo e das atividades que foram desenvolvidas no decorrer da pesquisa.

Coleta de dados

Tempo 0 (1ª. coleta de dados): Logo após a visita de avaliação clínica-Apresentação dos objetivos do estudo, os participantes foram convidados a assinar o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e tiveram liberdade para, a qualquer momento, se retirar do estudo sem que tal decisão venha a prejudicar seu tratamento para o HIV. Os participantes foram submetidos a duas entrevistas individuais (Tempos 0 e 1), com duração de 20 a 30 minutos cada uma. Identificação dos pacientes participantes do estudo. Coleta de informações sobre: (a) características sócio demográficas, (b) tratamento, (c) quadro clínico pela infecção do HIV, (d) estado

imunológico, (e) expectativa para auto eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral, (f) motivação para aderir ao tratamento antirretroviral, e (g) apoio social para adesão ao tratamento. Tempo 1 (2ª. coleta de dados): 6 meses após tempo 0 (a) Foi coletada no prontuário dos pacientes as seguintes informações: Adesão ao tratamento antirretroviral e quadro clínico da infecção pelo HIV. Os critérios para inclusão no estudo foram pessoas vivendo com HIV/AIDS (PVHA), usuários novos e antigos do SAE Canoas, com indicação formal de tratamento antirretroviral para HIV. residentes no Rio Grande do Sul com idade igual ou superior a 18 anos que se apresentavam lúcidas e orientadas. (Esta informação foi fornecida pelo profissional de saúde que procedeu à avaliação clínica do usuário do serviço de saúde) e pessoas que assinaram o termo de consentimento livre e esclarecido (TCLE). Os Critérios de exclusão no estudo foram, pessoas em tratamento psiquiátrico, gestantes e pessoas incapazes de entender o TCLE e cumprir com os requisitos do estudo.

Como a variável de desfecho é categórica dicotômica e o fator de risco mais importante neste estudo (efeito do apoio social no TARV) é um escore contínuo, uma amostra menor do que 140 deverá ser suficiente para detectar o efeito acima, mesmo considerando perdas de até 10% e ajustes para efeitos de confusão ou mediação de outros fatores em estudo. Espera-se que um tamanho amostral menor seja suficiente, porque o poder de um estudo tende a aumentar, quando o efeito estudado é uma tendência através de muitos níveis de um escore contínuo (ao invés da comparação entre dois grupos de uma variável de exposição dicotômica).

Medidas

Características sócio demográficas: Essas informações foram buscadas em prontuário/ formulário de atendimento dos usuários da instituição participante. Além disso, mais detalhes referentes à educação formal, foram coletados por entrevistadores treinados.

Tratamento para infecção pelo HIV: O esquema antirretroviral atual foi coletado no prontuário do paciente, pelos pesquisadores. Caso o paciente tenha utilizado outros esquemas anteriormente, o motivo da troca foi averiguado.

Tratamento e/ou profilaxia para infecções oportunistas: Informações sobre o uso ou não destes tratamentos foram coletadas pelos pesquisadores diretamente do prontuário do paciente.

Quadro clínico da infecção pelo HIV: Informações coletadas dos prontuários, incluindo data do diagnóstico de portador de HIV, sintomatologia relacionada à infecção pelo HIV, presença de infecções oportunistas ou outras doenças decorrentes da imunodeficiência. Tais informações foram seguidas pelas normas do Ministério de Saúde (Coordenação Nacional de DST/AIDS- Brasil) (Brasil, 2013b). Por exemplo: o estadiamento e diagnóstico de HIV incluirão dados sobre a classificação de Fiebig (Brasil, 2013b; Cohen et al. 2010; Fiebig et al 2003), acrescido ou não de algum teste complementar.

Apoio social para adesão ao tratamento antirretroviral: Foi perguntado ao paciente se, no último mês, alguma pessoa tem feito alguma coisa para que ele tome os remédios como diz na receita. Se sim, será perguntado quem o ajudou, o que fez para ajudar, e quão importante foi a ajuda recebida. As respostas dos pacientes serão transcritas pelo entrevistador, analisadas e codificadas pelos pesquisadores do projeto, conforme as seguintes categorias: (0) não tem suporte funcional, (1) tem suporte instrumental, (2) tem suporte emocional e (3) tem suporte instrumental e emocional. A importância do suporte social (ajuda recebida) será indicada em uma escala de 1-3, sendo (1) nenhuma importância, (2) média importância e (3) máxima importância; o código (0) será utilizado para os que não tiveram tal suporte. Os itens são classificados em uma escala de 4 pontos, onde 0 representa nenhuma dificuldade, 1 pouca dificuldade, 2 moderada dificuldade e 3 grave dificuldade. O escore global é obtido com a soma dos escores de cada item, sendo o ponto de corte definido em 11. Quanto mais altos os escores, mais séria as dificuldades serão, o que faz a escala, na realidade, ser uma medida de disfuncionalidade.

Medida de desfecho (adesão ao tratamento antirretroviral): Dois conjuntos de informações (uma subjetiva e outra objetiva) formaram o desfecho único do estudo no tempo 1: (a) Foi coletada através de auto relato, em entrevista realizada por entrevistadores treinados. Os pacientes foram estimulados a lembrar e descrever suas atividades nos dois dias que antecederam a entrevista. Usando como referência as atividades descritas, o paciente relata o uso da medicação antirretroviral. A percentagem

de adesão será calculada para o esquema, dividindo-se o número de comprimidos que o paciente disse ter tomado nestes dois dias pelo número que deveria ter ingerido conforme a prescrição médica, sendo assim estimada a percentagem de adesão ao esquema. Foi considerado aderente o paciente que relatou uso de 95% ou mais da medicação prescrita. (b) Nos prontuários dos participantes foram obtidas as seguintes informações a serem comparadas: a carga viral (relação CD4/CD8) e o número de infecções secundárias até o tempo 1 (coleta final dos dados).

A variável dependente, ou medida de desfecho, foi definida como aderente e não aderente. As prevalências de adesão e não adesão foi estimada para cada categoria das variáveis independentes categóricas (sócio-demográficas e relativas ao tratamento e ao estágio clínico) e para as variáveis independentes contínuas (expectativas de auto eficácia e motivação para aderir ao tratamento). A média e o desvio padrão de cada variável foram calculados para os pacientes aderentes e não aderentes.

RESULTADOS

Participaram do estudo 140 sujeitos, cujas características sociais e econômicas encontram-se descritas na Tabela 1. Observou-se que 31,3% (n=5) dos participantes da amostra são do sexo masculino e tiveram adesão ao tratamento, sendo que 41,9% (n=52) não tiveram adesão ao tratamento, nos 6 meses de acompanhamento; e 68,8% (n=11) dos participantes são do sexo feminino e tiveram adesão ao tratamento, sendo que 58,1% (n=72) não tiveram adesão ao tratamento no mesmo período. A faixa etária dos participantes variou de 19 a 68 anos de idade. A não adesão ao tratamento (n=124/140) durante os 6 meses de acompanhamento foi de 50,0% (n=62) para os sujeitos distribuídos respectivamente nos dois grupos etários: 19 - 43 e 44 - 68 anos de idade. A maioria dos participantes (59,3%) apresentava nível de escolaridade até o ensino fundamental e neste grupo observou-se o maior percentual de não adesão ao tratamento (58,9%). A percepção de apoio social foi dividida em dois níveis (alto \geq mediana; baixo $<$ mediana). Considerando esses dois níveis, a percentagem dos não aderentes foi de 50% (n=62/124). Entre os grupos de aderentes e não aderentes, não houve evidência de diferença entre as médias nos dois níveis de apoio social ($t = -1,896$; $p=0,060$) (informação não apresentada na tabela 1).

Tabela 1- Características dos pacientes aderentes e não aderentes ao tratamento antirretroviral.

Variáveis	Aderentes		Não aderentes		p
	n=16	%	n=124	%	
Gênero					0,590 ^a
Masculino	5	31,3	52	41,9	
Feminino	11	68,8	72	58,1	
Idade (anos)					0,638 ^b
19 - 43	9	56,3	62	50,0	
44 – 68	7	43,8	62	50,0	
Escolaridade					0,172 ^b
Fundamental	10	62,5	73	58,9	
Médio	4	25,0	47	37,9	
Superior	2	12,5	4	3,2	
Apoio social					0,068 ^a
Alto ^c	12	75,0	62	50,0	
Baixo ^d	4	25,0	62	50,0	

Nota: (a) teste Exato de Fisher; (b) teste Qui-quadrado de Pearson; (c) Alto \geq mediana; (d) Baixo $<$ mediana.

Por último, a associação da percepção de apoio social para adesão aos antirretrovirais com a probabilidade de adesão a esse tratamento foi estudada em dois modelos de regressão: um modelo não ajustado e outro ajustado, considerando o gênero, idade e escolaridade dos participantes (Tabela 2). As chances de adesão ao tratamento entre os participantes apresentando níveis de apoio social na média e acima desta foi 1,06 vezes maior do que aqueles com níveis de apoio social abaixo da média (OR = 1,06; 95% IC; 1,013 – 1,12) (modelo não ajustado). No modelo ajustado, isto é, levando-se em consideração gênero, idade e escolaridade, as razões de chance em relação à percepção de apoio social para adesão aos antirretrovirais apresentaram efeito estatisticamente significativo e semelhante ao modelo não ajustado (OR = 1,07; 95% IC; 1,02 – 1,12).

Tabela 2 – Razões de chance para adesão ao tratamento antirretroviral, considerando a percepção de apoio social para adesão durante 6 meses de tratamento.

Variável preditiva de adesão de tratamento	OR (95% IC) ¹	OR (95% IC) ²
Percepção de apoio social para adesão ao tratamento	1,06 (1,013-1,12) p=0,014	1,07 (1,02-1,125) p=0,010

Nota: (1) Não-ajustado; (2) ajustado para gênero, idade e escolaridade.

DISCUSSÃO

O objetivo deste estudo visou investigar se associação entre apoio social e TARV para HIV se associam à melhor adesão a esse tratamento. A pesquisa foi realizada com 140 pacientes do SAE-Canoas, acompanhados durante os 6 meses sendo que desses, 41,9% do sexo masculino não tiveram adesão ao tratamento. As variáveis que obtiveram estatisticamente significativa com adesão ao tratamento foram escolaridade, idade e gênero. De acordo com, De Figueiredo e outros autores (2001) a escolaridade tem grande relação com a não adesão, pois indivíduos com pouco grau de instrução necessitam, além do nome, do formato dos comprimidos para identificá-los, e tendem a apresentar dificuldades para seguir a prescrição médica. Em relação ao gênero, autores apontam que pessoas do sexo feminino apresentam maior risco. Isso ocorre porque a mulher precisa realizar trabalhos domésticos, organizar a rotina da família e cuidar das crianças e, com isso, acabam esquecendo-se de tomar os remédios (MEHTA et al, 1997; CHESNEY et al, 2000).

A ausência de sintomas e o fato de se sentir bem são apontados como causas para que o paciente não tome o medicamento por achar que o mesmo não é necessário e só retornando o seu uso quando voltar a sentir-se mal (TEIXEIRA et al, 2000). No entanto, Feitosa e outros autores (2008) apontam que a presença de efeitos colaterais também interfere no tratamento, por ser atribuído o fato de se sentir mal ao usar o remédio.

Esta pesquisa nos mostra que existem poucos estudos que tratam da temática do apoio social discutindo os aspectos do apoio social implicados no processo de adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes soropositivos. Isto demonstra que tal temática deve ser mais bem explorada por pesquisadores da área da Psicologia. São profissionais

que devem cada vez mais se inserir na área da saúde coletiva fornecendo suporte social tanto emocional quanto instrumental para os indivíduos que vivem com HIV.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

Diante da pesquisa realizada podemos observar a importância que a falta do apoio social causa nessas pessoas e quão importante é ter uma rede de apoio. Notamos também a necessidade de realizar a segunda entrevista não apenas olhando o prontuário e coletando dados, mas sim da importância de haver uma segunda entrevista, para poder assim conversar com o portador de HIV e analisar sua adesão ou não adesão.

Dificuldades psicossociais vivenciadas pelos portadores do HIV podem levar estes sujeitos a buscarem uma rede provedora de apoio social. A satisfação com o apoio social disponibilizado por esta rede pode ativar processos de resiliência nestes indivíduos, uma vez que existem barreiras a serem superadas e objetivos a serem atingidos se estiverem buscando pelo tratamento.

Desde a descoberta da infecção por HIV, esta doença é um problema de saúde pública. Isto se deve aos seguintes fatores: riscos, comprometimento e alterações que causa na vida do portador, riscos e facilidade de transmissão, ausência de cura, e não adesão ao tratamento que dificulta a melhoria da qualidade de vida do portador.

Identificar formas mais adequadas e efetivas de medir a adesão ainda é um desafio. Nesse sentido, torna-se importante gerar mais pesquisas com número maior de pacientes, especialmente por meio da ainda incipiente utilização da medida de carga viral, com vistas a testar um bom método de adesão ao TARV.

É de extrema importância que os profissionais dos serviços de saúde pública atentem para os aspectos indicados e que os serviços disponham de uma equipe multiprofissional. A capacitação dos profissionais é importante para que conheçam a doença, seus estigmas, tratamento e dificuldades de adesão, inclusive para que se estimule a formação de uma rede de proteção e suporte aos pacientes e familiares. A partir desta perspectiva, é possível que psicólogos ajudem a fortalecer iniciativas institucionais voltadas para a promoção da adesão ao tratamento e à vida. Desta forma, pode-se trabalhar visando à prevenção e o tratamento das demandas psicológicas que envolvem a infecção pelo HIV, gerando processos de resiliência.

REFERÊNCIAS

- [1] BEZERRA, A. C. **Apoio social e resiliência no processo de adesão ao tratamento antirretroviral de moradores de rua que vivem com o HIV/AIDS**. Programa de pós-graduação em psicologia, mestrado em psicologia social. POA, 2011.
- [2] BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013 a.
- [3] BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013b.
- [4] BRASIL. Secretaria de Vigilância em Saúde. **Boletim Epidemiológico - AIDS e DST**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.
- [5] CARR A.J, HIGGINSON I.J. **Measuring quality of life: Are quality of life measures patient centered?** Br Med J. 2001; 322(7298): 1357-60. DOI: 10.1136/bmj.322.7298.1357.
- [6] CHESNEY, M. A.; MORIN, M.; SHERR, L. **Adherence to HIV combination therapy**. Social Science & Medicine. 2000; 50(12): 1599-1605. DOI: 10.1016/s0277-9536(99)00468-2
- [7] COLOMBRINI, M. R. C., LOPES, M. H. B. M., DE FIGUEIREDO, R. M. **Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS**. Rev. esc. enferm. USP, São Paulo, v.40, n.4, dez. 2006. <https://doi.org/10.1590/S0080-62342006000400018>
- [8] COUTINHO, Maria Fernanda Cruz; O'DWYER, Gisele; FROSSARD, Vera. **Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/Aids atendidos na atenção primária**. Saúde em Debate, [s.l.], v. 42, n. 116, p.148-161, jan. 2018. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/0103-1104201811612>.
- [9] DE FIGUEIREDO, R. M., et al . **Adesão de pacientes com AIDS ao tratamento com antirretrovirais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola**. Rev. Latino-Am. Enfermagem, Ribeirão Preto, v.9, n.4, 2001. <https://doi.org/10.1590/S0104-11692001000400009>
- [10] FEITOSA, A. C., et al. **Terapia antirretroviral: fatores que interferem na adesão de crianças com HIV/AIDS**. Esc. Anna Nery, Rio de Janeiro, v.12, n.3, set., 2008. <https://doi.org/10.1590/S1414-81452008000300018>
- [11] GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez. **Efeito do suporte social na vida de adultos com HIV/AIDS Effect of social support in the lives of adults with HIV/AIDS**. Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online, [S.l.], v. 8, n. 3, p. 4833-4840, July 2016. ISSN 2175-5361. <http://dx.doi.org/10.9789/2175-5361.2016.v8i3.4833-4840>.
- [12] GAMBOA, V.; VALADAS, S.; PAIXÃO, O. **Validação da versão portuguesa da Situational MotivationScale (SIMS) em contextos acadêmicos**. Atas do XII Congresso Internacional Galego- Português de Psicopedagogia. Braga: Universidade do Minho, 2013.
- [13] GEOCZE, Luciana et al. **Qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes portadores de HIV**. Rev. Saúde Pública, São Paulo, v. 44, n. 4, p. 743-749, ago. 2010. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102010000400019>

- [14] KELLY, J. A. (1998). **Group psychotherapy for persons with HIV and AIDS-related illnesses.** International Journal of Group Psychotherapy, 48, 143-162. <https://doi.org/10.1080/00207284.1998.11491534>
- [15] KELLY, J. A., Murphy, D. A., Bahr, R., Kalichman, S. C., Morgan, M. G., Stevenson, L. Y., Koob, J. J., Brasfield, T. L., & Bernstein, B. M. (1993). **Outcome of cognitive-behavioral and support group brief therapies for depressed, HIV-infected persons.** American Journal of Psychiatry, 150, 1679-1686. <https://doi.org/10.1176/ajp.150.11.1679>
- [16] LEGO, S. (1996). **Psicoterapia de grupo com pessoas infectadas pelo HIV e seus cuidadores.** In H. I. Kaplan & B. J. Sadock (Orgs.). *Compêndio de psicoterapia de grupo* (pp. 390-396). Porto Alegre: Artes Médicas.
- [17] MEDEIROS, Rafaela Catherine da Silva Cunha de et al. **Quality of life, socioeconomic and clinical factors, and physical exercise in persons living with HIV/AIDS.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 51, p.1-10, 20 jul. 2017. FapUNIFESP (SciELO). <http://dx.doi.org/10.1590/s1518-8787.2017051006266>.
- [18] MEHTA, S., MOORE, R. D., GRAHAM, N. M. H., 1997. **Potential factors affecting adherence with HIV therapy.** AIDS 11, 1665-1670.
- [19] MONTANER, J. S. et al. **Expansion of HAART coverage is associated with sustained decreases in HIV/AIDS morbidity, mortality and HIV transmission: the “HIV Treatment as Prevention” experience in a Canadian setting.** PLoS One, [S.l.], v. 9, n. 2, p. e87872, 2014. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0087872>
- [20] MUTASA-APOLLO, T. **Patching a leaky pipe: the cascade of HIV care.** Curr. Opin. HIV AIDS, [S.l.], v. 8, n. 1, p. 59-64, 2013. doi: 10.1097/COH.0b013e32835b806e
- [21] PATRICK D.L, ERIKSON P. **What constitutes quality of life? Concepts and dimensions.** Clin Nutr.;7:53-63, 1988. DOI: 10.1007/978-94-011-2988-6_2
- [22] 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.** Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, v. 31, n. 6, p.1188-1198, 2015. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00106914>
- [23] TEIXEIRA, P. R., PAIVA, V., SHIMA, E. **Tá difícil engolir? Experiências de adesão ao tratamento antirretroviral em São Paulo. São Paulo: Copidart; Biblioteca virtual em saúde – Ministério da Saúde; 2000.** Disponível em <http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicações/ta_dificil.pdf>.
- [24] VALE, Felipe Campos et al. **Development and validation of the WebAd-Q Questionnaire to monitor adherence to HIV therapy.** Revista de Saúde Pública, [s.l.], v. 52, p.62-62, 22 maio 2018. Universidade de São Paulo Sistema Integrado de Bibliotecas - SIBiUSP. <http://dx.doi.org/10.11606/s1518-8787.2018052000337>.
- [25] WITTKOP, L. et al. **(Effect of transmitted drug resistance on virological and immunological response to initial combination antiretroviral therapy for HIV EuroCoord-CHAIN joint project): a European multicohort study.** Lancet Infect. Dis., [S.l.], Published online Feb 28, 2011. <http://unaids.org.br/estatisticas/>