

Suporte Social e HIV: Relações Entre Características Clínicas, Sociodemográficas e Adesão ao Tratamento

Luana Lenzi*, Fernanda Stumpf Tonin, Vanessa Rodrigues de Souza, & Roberto Pontarolo

Universidade Federal do Paraná, Belém, PA, Brasil

RESUMO - Este estudo investigou a relação entre suporte social, características sociodemográficas, clínicas e adesão ao Tratamento Antirretroviral (TARV) utilizando o questionário *Social Support Inventory for People who are HIV Positive or Have AIDS*. Para isso, foram avaliados 119 usuários HIV-positivos – dos quais 53,8% eram homens. Em relação à disponibilidade e satisfação, os valores médios foram de 3,37 ($DP=1,00$) para o suporte instrumental e 3,48 ($DP=1,06$) para o suporte emocional. Observaram-se diferenças significativas na disponibilidade e satisfação do suporte social com variáveis sociodemográficas e clínicas. Verificou-se que, quanto maior a disponibilidade e a satisfação com o suporte social, maior o OR para a adesão ao tratamento. O desenvolvimento de estratégias de apoio social pode contribuir positivamente para o controle da doença e melhor qualidade de vida dos usuários.

PALAVRAS-CHAVE: suporte social, HIV, adesão, características sociodemográficas

Social support and HIV: Relationship between Clinical and Sociodemographic Characteristics and Treatment Adherence

ABSTRACT - This study aimed to assess the relationship between social support, sociodemographic and clinical characteristics and treatment adherence using the Social Support Inventory for People who are HIV Positive or Have AIDS. Thus, it were evaluated 119 HIV-positive patients, of which 53.8% were men. Regarding the availability and satisfaction mean values were 3.37 ($DP=1.00$) for the instrumental support and 3.48 ($DP=1.06$) for emotional support. Significant differences were found in the availability and satisfaction of social support with clinical and sociodemographic variables. It was found that the greater the availability and satisfaction with social support, the greater the OR for adherence to treatment. The development of social support strategies can positively contribute to disease control and better quality of life of HIV-positive patients.

KEYWORDS: social support, HIV, adherence, sociodemographic characteristics

O construto do suporte social emergiu na psicologia e em áreas correlatas a partir de 1970. Seus estudos buscam relacionar as interações sociais e o bem-estar e a saúde das pessoas, a fim de compreender como a inexistência ou precariedade do suporte social poderia aumentar a vulnerabilidade a doenças, ou como a sua existência protegeria os indivíduos de danos à saúde física e mental decorrentes de situações de estresse (Cassel, 1976; Ditzen & Heinrichs, 2014; Reblin & Uchino, 2008).

Em relação ao HIV/AIDS, o suporte social tem sido objeto de interesse, principalmente devido às situações de preconceito que ainda caracterizam as reações sociais à soropositividade (Mahajan et al., 2008; Chambers et al., 2015). Estudos apontam para as dificuldades das pessoas

que vivem com HIV/AIDS e que convivem constantemente com carências sociais e econômicas, as quais seguramente têm impacto na qualidade de vida desses indivíduos (Ogbuji & Oke, 2010; Moradi et al., 2014; Dejman et al., 2015). Desde o conhecimento do diagnóstico da infecção pelo HIV, surgem implicações médicas, psicológicas e sociais significativas que impõem esforços adaptativos relevantes às pessoas soropositivas (Seidl, Zannon, & Tróccoli, 2005).

Ademais, o desenvolvimento e aperfeiçoamento do tratamento antirretroviral e as possibilidades efetivas de controle do HIV/AIDS (terapia antirretroviral - TARV) trouxeram também novos desafios aos usuários, modificando o perfil da epidemia, no sentido de sua cronificação (Hacker, Kaida, Hogg, & Bastos, 2007; Soares, Garbin, C., Rovida,

* E-mail: luanalnz@yahoo.com.br

& Garbin, A., 2015; Martins, Kerr, Kendall, & Mota, 2014). Isso tem propiciado benefícios consideráveis ao usuário, como aumento da sobrevida, diminuição das internações hospitalares e da ocorrência de complicações oportunistas e da mortalidade associada à doença. No entanto, diante da perspectiva de uma vida longa com qualidade, surge a necessidade de desenvolver intervenções que promovam o fortalecimento das novas questões de natureza psicossocial vivenciadas por pessoas soropositivas, tais como o suporte social; adesão ao tratamento; questões socioculturais, como a sexualidade; e fatores relacionados ao diagnóstico e desfechos clínico-laboratoriais (Wu, 2000; Katz et al., 2013; Oliveira, Moura, Araújo, & Andrade, 2015; Rabkin, Fernando, Lin, Sewell, & McElhiney., 2000).

O suporte social pode ser dividido em aspectos estruturais e funcionais. Os aspectos estruturais evidenciam a frequência ou quantidade de relações sociais, avaliando o nível de integração versus o de isolamento da pessoa em uma rede social (Thoits, 1995). O componente funcional, por sua vez, refere-se às funções desempenhadas pelas relações sociais, avaliando a percepção quanto à disponibilidade e ao tipo de apoio recebido, abordando ainda a satisfação com o mesmo (Seidl & Tróccoli, 2006). O suporte social pode afetar a resposta terapêutica a um tratamento e interferir no acompanhamento do serviço de saúde e na manutenção da adesão à terapia medicamentosa (Santos, Padoin, Magnago, Dalmolin, & Zuge, 2015).

O suporte social funcional se divide em instrumental e emocional. O suporte instrumental indica a disponibilização de ajuda que auxilie a pessoa no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, como

apoio material, financeiro ou das atividades diversas do dia-a-dia. O suporte emocional ou de estima consiste em comportamentos como escutar, prover atenção ou fazer companhia, o que contribui para que a pessoa se sinta cuidada e/ou estimada (Cohen & Wills, 1985; Winemiller, Mitchell, Sutliff & Cline, 1993).

O suporte social cumpre papel importante ao amenizar consequências negativas de eventos estressantes relacionados à infecção, podendo contribuir para o enfrentamento do HIV. Portanto, compreender de que forma o suporte social se relaciona com a vivência da doença pode auxiliar no enfrentamento, adaptação e qualidade de vida dos usuários soropositivos, auxiliando, por sua vez, na adesão terapêutica e no controle da doença.

Partindo-se do princípio de que o nível de adesão em qualquer tratamento crônico é influenciado por fatores diversos, este estudo baseia-se na hipótese de que além de questões relacionadas à doença e ao próprio tratamento, situações de cunho pessoal, social e emocional podem interferir no modo como os pacientes seguem a prescrição médica. Desse modo, o objetivo deste trabalho foi avaliar o suporte social de indivíduos vivendo com HIV/AIDS e relacionar esta variável com as características sociodemográficas, clínicas e com a adesão ao tratamento antirretroviral, buscando compreender de que forma o suporte social se relaciona com a vivência da doença. Os resultados deste trabalho poderão auxiliar no enfrentamento da infecção, adaptação e qualidade de vida dos usuários soropositivos, contribuindo para a adesão terapêutica e para o controle da doença.

MÉTODOS

Participantes

Este estudo transversal avaliou 119 pessoas vivendo com HIV/AIDS. Os critérios para inclusão foram idade superior a 18 anos, estar em tratamento com antirretrovirais, possuir capacidade de se comunicar e aceitar voluntariamente participar da pesquisa. Foram excluídas as gestantes e os indivíduos que não responderam a todas as questões.

Os usuários HIV positivos convidados a participar do estudo realizam acompanhamento ambulatorial no serviço público de referência para tratamento de HIV/AIDS no município de São José dos Pinhais, no Paraná, e fazem uso de antirretrovirais. A seleção da amostra ocorreu de forma não probabilística – amostra por conveniência, respeitando o tamanho amostral definido para a representatividade desta pesquisa. Os pacientes que compareceram ao serviço de saúde para a realização de exames ou consultas médicas durante o período de coleta de dados e se enquadraram nos critérios de inclusão foram convidados a participar da pesquisa. Após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), o usuário foi convidado a uma

sala reservada para preenchimento dos questionários, a fim de garantir a confidencialidade e sigilo das informações.

Instrumentos

Este estudo utilizou o instrumento canadense *Social Support Inventory for People Who Are HIV Positive or Have AIDS* (Renwick, Halpen, Rudman, & Friedland, 1999), adaptado e traduzido para o português por Seidl e Tróccoli (2006), com base em procedimentos de análise semântica e tradução reversa. Nesse instrumento, a escala de suporte social é constituída por quatro subescalas: de disponibilidade do suporte instrumental, do suporte emocional, de satisfação com o suporte instrumental e com o suporte emocional. O suporte do tipo instrumental diz respeito à ajuda material, como, por exemplo, doar quantia de dinheiro, tomar conta dos filhos do portador enquanto este vai ao médico, lembrar-lhe os horários das medicações, entre outros. Por sua vez, o suporte social do tipo emocional se refere à ajuda afetiva, como, por exemplo, ouvir os problemas do portador, aumentar a sua autoestima, consolá-lo, etc.

A versão brasileira, semelhante ao instrumento original, possui dois fatores. De acordo com Seidl e Tróccoli (2006), o primeiro fator, caracterizado pelo suporte emocional, possui 12 itens que avaliam a percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à soropositividade. O segundo fator refere-se ao suporte instrumental. Igualmente com 12 itens, avalia 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 e de ajuda material e/ou financeira.

As respostas são dadas em escala *Likert* de 5 pontos, que relacionam a frequência e a satisfação com os suportes. Escores elevados refletem maior percepção de disponibilidade e maior satisfação com o suporte social recebido.

Além do questionário de suporte social, utilizou-se um questionário desenvolvido especificamente para este estudo, contendo questões sobre características sociodemográficas e médico-clínicas. Esse questionário era composto por 12 questões fechadas, nas quais os participantes deveriam assinalar a resposta referente ao seu perfil, e cinco questões abertas.

Procedimentos

Os questionários foram aplicados de modo individual e assistido. O pesquisador esteve próximo ao usuário durante a resposta às escalas, fornecendo orientações para o preenchimento, esclarecendo dúvidas e evitando a ocorrência de dados perdidos. Os dados referentes à contagem de linfócitos T-CD4+ e à quantificação da carga viral foram obtidos dos exames de rotina realizados trimestralmente e constantes no prontuário médico dos usuários que participaram da pesquisa. O acesso aos

dados de prontuário foi informado ao paciente no TCLE e foi solicitada sua autorização. Ademais, esse acesso foi aprovado pelo comitê de ética em pesquisa e pelo médico responsável, sendo mantidas sigilosas todas as informações obtidas.

Análises Estatísticas

A caracterização da amostra foi realizada utilizando as estatísticas descritiva e inferencial. A adesão ao tratamento foi quantificada com base na data de retirada mensal dos medicamentos. Para a classificação quanto ao nível de adesão, o ponto de corte utilizado foi de 95% (Paterson et al., 2000; Bonfanti et al., 2000; Bonfanti et al., 2001; Carr & Cooper, 2000; Duran et al., 2001). Desse modo, os usuários foram divididos em dois grupos, segundo a classificação quanto à adesão à TARV (aderentes e não aderentes), sendo considerados aderentes os usuários que cumpriram mais de 95% das doses prescritas. Foram obtidas as médias e os desvios padrão das respostas para cada tipo de suporte e satisfação avaliados. Os dois tipos de suporte social foram testados quanto à relação com a adesão ao tratamento por intermédio da análise univariada por regressão logística. Realizou-se ainda a pesquisa de possíveis correlações entre os fatores sociodemográficos e os tipos de suporte social e satisfação por intermédio dos testes de correlação de Pearson e teste t de Student. Em todas as análises, foram considerados significativos os valores de $p < 0,05$.

Crítérios Éticos

Este Projeto cumpre os princípios contidos na Declaração de Helsinki, atende a legislação específica do Brasil e foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa institucional, sob o número de registro CAAE: 0036.0.091.000-11.

RESULTADOS

Participaram do estudo 119 pacientes HIV positivo em uso da terapia antirretroviral (TARV). A média da idade foi de 43,08 anos ($DP = 11,5$), e 53,8% dos usuários eram do sexo masculino. A renda média mensal dos usuários apresentou grande variação, com valor médio de 1.337,77 ($DP = 1.018,81$). Em relação à orientação sexual, 82,9% dos usuários se declararam heterossexuais. O tempo de infecção, referido pelo tempo de conhecimento do diagnóstico, apresentou grande variação com valor médio de 7,06 anos ($DP = 4,98$). Quanto às demais características abordadas pelo questionário, observou-se que (a) 53,8% dos usuários incluídos neste estudo apresentavam entre 0 e 8 anos de escolaridade, (b) 51,3% eram casados ou conviviam com companheiro, (c) 75,6% tinham filhos e (d) 47,1% possuíam emprego (fixo ou autônomo). Em relação ao consumo de bebidas alcoólicas, 32,8% deles afirmou ter utilizado

durante o último mês e 2,5% declararam ter realizado o consumo de drogas durante o mesmo período. Em relação à confiança do diagnóstico da soropositividade, 51,3% mantêm a informação em segredo ou contaram para no máximo cinco pessoas.

Quanto às características médico-clínicas, 34,5% dos pacientes já necessitaram de internamento hospitalar por causas relacionadas ao HIV, e 16,8% apresentam ou já apresentaram alguma infecção oportunista. Quanto ao uso dos ARV, 39% declararam já ter interrompido o tratamento, 16,1% classificaram como difícil o tratamento com os ARV e 38,7% fazem uso regular de outro(s) medicamento(s). A tabela 1 ilustra as características sociodemográficas e médico-clínicas avaliadas pelo questionário desenvolvido para este estudo.

Tabela 1. Características sociodemográficas e médico-clínicas obtidas pelo questionário desenvolvido para esta pesquisa

Variáveis Demográficas	Mínimo - Máximo	Média (± DP)
<i>Idade (anos)</i>	20 - 75	43,08 (±11,50)
<i>Nº filhos</i>	0 - 14	1,97 (±1,95)
<i>Qual o valor aproximado da sua renda mensal?</i>	0 - 8.000,00	1.337,77 (±1.018,81)
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Sexo</i>		
Masculino	64	53,8
Feminino	55	46,2
<i>Nível de escolaridade</i>		
1º grau incompleto e incompleto (0 a 8 anos)	64	53,8
2º grau completo e incompleto (8 a 11 anos)	39	32,8
Superior completo e incompleto (> 11 anos)	16	13,4
<i>Situação conjugal atual</i>		
Solteiros, separados, viúvos	58	48,7
Casados, amasiados	61	51,3
<i>Qual a sua situação quanto ao emprego?</i>		
Desempregado / aposentado / outro	63	52,9
Trabalha (registrado / autônomo)	56	47,1
<i>Qual a sua orientação sexual?</i>		
Heterossexual	97	82,9
Homossexual	15	12,8
Bissexual	4	3,4
Transexual	1	0,9
Não quero informar sobre isto	0	0
Variáveis Sociais		
<i>Fez uso de Bebida Alcoólica no último mês?</i>		
Não	80	67,2
Sim	39	32,8
<i>Fez uso de Drogas no último mês?</i>		
Não	116	97,5
Sim	3	2,5
<i>Sem contar com os profissionais de saúde, quantas pessoas sabem que você tem AIDS?</i>		
Zero a 5 pessoas	61	51,3
Mais de cinco pessoas	58	48,7
Variáveis Médico-Clínicas		
	Mínimo - Máximo	Média (± DP)
<i>Tempo de infecção (diagnóstico)</i>	2 meses - 23 anos	7,06 anos (±4,98)
<i>Nº vezes internado em decorrência do HIV</i>	0 - 8	0,68 (±1,31)
	<i>N</i>	<i>%</i>
<i>Você já foi internado(a) devido a problemas de saúde decorrentes do HIV?</i>		
Não / não sabe	78	65,5
Sim	41	34,5
<i>Você tem alguma(s) infecção(ões) oportunista(s) no momento?</i>		
Não ou não sabe	99	83,2
Sim	20	16,8
<i>Em algum momento anterior você já interrompeu o seu tratamento com os antirretrovirais?</i>		
Não	72	61,0
Sim	46	39,0
<i>Faz uso regular de outra medicação?</i>		
Não	73	61,3
Sim	46	38,7
<i>Como classifica o tratamento com os antirretrovirais?</i>		
Médio / fácil	99	83,9
Difícil	19	16,1

A contagem de linfócitos T-CD4+ apresentou média de 469,04 cels/mm³ ($DP = 326,07$), com valor mínimo de 12 cels/mm³ e máximo de 2.374 cels/mm³. A quantificação da carga viral apresentou resultado médio de 8.974 cópias/ml ($DP = 38.923$), com valor mínimo de <50 cópias/ml e máximo de 228.575 cópias/ml. As quantificações do número de comprimidos tomados diariamente e do número de medicamentos que compõem o esquema terapêutico dos usuários participantes foram obtidos das suas prescrições médicas e apresentaram os valores médios de 4,6 ($DP = 1,46$) e 2,46 ($DP = 0,69$), respectivamente.

Os valores do *Alpha de Cronbach* para o suporte instrumental e emocional foram, respectivamente, $\alpha = 0,89$ e $\alpha = 0,90$. A tabela 2 representa o valor das respostas

dadas aos itens do questionário, as quais foram postas em sequência, conforme o tipo de suporte social avaliado. Escores mais altos indicam relatos de maior disponibilidade percebida e maior satisfação com o suporte social avaliado.

A categoria relacionada ao suporte social instrumental apresentou valor médio de 3,37 ($DP = 1,00$), mostrando-se significativamente inferior ($t = -4,177$; $p < 0,001$) ao suporte social emocional relatado por esses usuários, cujo valor médio foi de 3,48 ($DP = 1,06$). Em ambos os tipos de suporte, a percepção da disponibilidade foi “às vezes” e o grau de satisfação foi “nem satisfeito nem insatisfeito”.

Os dois tipos de suporte foram avaliados quanto à sua relação com características sociodemográficas e médico-clínicas dos usuários, conforme indicado na tabela 3.

Tabela 2. *Quantificação das respostas aos itens do questionário, conforme o tipo de suporte social avaliado*

Suporte Social Instrumental	M	DP
1. Você tem recebido apoio de alguém para facilitar a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos ou cuidar da casa quando você tem consulta, ou outra situação?)	3,01	1,80
1.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,87	1,13
2. Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?	2,65	1,90
2.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,41	1,36
3. Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia? (Exemplo: arrumar a casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo das refeições, ou outras atividades?)	2,99	1,82
3.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,65	1,36
4. Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu cuidado de saúde? (Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação?)	2,89	1,90
4.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,69	1,38
5. Você tem recebido apoio de pessoas que lhe dão as coisas que você precisa em seu dia-a-dia? (Exemplo: alimentos, roupas, produtos de higiene pessoal, entre outras coisas?)	2,52	1,78
5.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,64	1,26
6. Você tem recebido apoio de alguém que ajuda a enfrentar melhor o seu problema de saúde?	3,33	1,77
6.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,78	1,34
9. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa contar em caso de necessidade?	3,83	1,55
9.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,89	1,40
Suporte Social Emocional	M	DP
7. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado como pessoa?	3,87	1,57
7.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	4,02	1,28
8. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados ao HIV?	3,22	1,77
8.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,61	1,43
10. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?	2,60	1,52
10.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	2,97	1,45
11. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?	2,79	1,78
11.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,45	1,44
12. Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu astral?	3,75	1,55
12.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,88	1,30
13. Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?	3,71	1,64
13.1 Quão satisfeito você está em relação a esse apoio que tem recebido?	3,86	1,38

Testes de correlação de Pearson evidenciaram fracas correlações positivas com a renda mensal e os suportes do tipo instrumental ($r = 0,127$; $p < 0,001$) e emocional ($r = 0,214$; $p < 0,001$). Fracas correlações negativas foram observadas entre a carga viral e o suporte instrumental ($r = -0,205$; $p < 0,001$) e o emocional ($r = -0,152$; $p < 0,001$).

A classificação dos pacientes quanto ao nível de adesão identificou 78 (65,6%) usuários como não aderentes (taxa média de adesão $< 95\%$) e 41 (34,4%) usuários como aderentes (taxa média de adesão $\geq 95\%$). O menor valor

encontrado foi de 20,6%, e o maior foi de 100%, com valor médio de 79,6% ($DP = 21,6$).

Buscando-se evidências da relação entre o suporte social e a adesão ao TARV, construiu-se um modelo por regressão logística, cujo resultado está detalhado na tabela 4. Observou-se que, a cada ponto que se aumente no escore do suporte social instrumental, aumenta-se em 2,4% (0,5 - 4,2%) a razão de chances (OR – *odds ratio*) para a adesão, e que, a cada ponto que se aumente no escore do suporte social emocional, é aumentada em 7,9% (5,7 – 10,3%) a razão de chances (OR – *odds ratio*) para a adesão ao TARV.

Tabela 3. Relação entre as características sociodemográficas e médico-clínicas com os suportes social instrumental e emocional

	Suporte Social	n	Instrumental			Emocional		
			M	DP	t	M	DP	t
Sexo	Masculino	64	3,57	0,95	7,86**	3,70	1,01	8,02**
	Feminino	55	3,13	1,01		3,22	1,05	
Situação conjugal	Solteiro/separado/viúvo	58	3,12	0,98	-8,40**	3,25	1,06	-7,37**
	Casado/amasiado	61	3,60	0,97		3,69	1,01	
Tem filhos	Não	29	3,27	1,08	-1,94	3,50	1,04	0,48
	Sim	90	3,40	0,98		3,47	1,06	
Emprego	Desempregado/aposentado/outra	63	3,20	1,02	-6,24**	3,16	1,12	-11,71**
	Trabalha	56	3,56	0,95		3,84	0,85	
Internamento	Não/não sabe	78	3,43	0,92	2,88*	3,55	0,94	3,31*
	Sim	41	3,25	1,13		3,34	1,25	
Infecção oportunista	Não/não sabe	99	3,42	1,00	4,22**	3,58	1,01	7,72**
	Sim	20	3,10	0,98		2,96	1,15	
Pessoas que sabem	Zero a 5 pessoas	61	3,31	0,93	-2,03*	3,34	1,01	-4,70**
	Mais de 5 pessoas	58	3,43	1,07		3,62	1,09	
Classifica o tratamento	Fácil/médio	99	3,45	0,97	5,66**	3,58	0,99	7,83**
	Difícil	19	3,00	1,10		2,93	1,23	
Outro medicamento	Não	73	3,40	1,02	1,40	3,63	1,04	6,35**
	Sim	46	3,32	0,98		3,24	1,04	
Interações	Não	87	3,33	1,00	-2,29*	3,55	1,04	3,79**
	Sim	32	3,48	1,02		3,29	1,07	
Dia sem tratamento	Não	67	3,42	0,88	1,70	3,64	0,98	6,11**
	Sim	51	3,32	1,15		3,26	1,13	
Sem dose	Nenhuma vez	67	3,45	0,95	2,87*	3,57	0,99	3,60**
	Uma/algumas vezes	51	3,28	1,07		3,35	1,14	
Troca ARV	Não	102	3,40	1,00	2,46*	3,50	1,02	2,53*
	Sim	16	3,19	1,06		3,28	1,30	
Carga Viral	≤ 50 cópias/mL	74	2,85	1,08	3,87**	3,21	1,21	4,55**
	> 50 cópias/mL	45	3,22	1,30		3,66	1,20	
T-CD4 ⁺	< 350 cels/mm ³	47	3,14	1,30	2,30*	3,42	1,31	0,93
	≥ 350 cels/mm ³	72	2,91	1,23		3,33	1,18	

* $p < 0,05$; ** $p < 0,001$;

Tabela 4. Análise do Suporte Social como fator de risco para a adesão ao tratamento, por regressão logística

	p-valor	OR	IC 95%
Suporte social instrumental	0,012	1,024	(1,005 - 1,042)
Suporte social emocional	0,000	1,079	(1,057 - 1,103)

DISCUSSÃO

Na caracterização dos usuários que participaram do estudo, observou-se a predominância de heterossexuais e uma razão de sexo de $1,2_{\text{homens}}:1_{\text{mulher}}$, confirmando os processos de heterossexualização e consequente feminização da infecção pelo HIV, conforme descrito na literatura (Szwarcwald & Castilho, 2000; Brito, Castilho & Szwarcwald, 2000; Guedes, Moura, Paula, Oliveira & Vieira, 2009). Em relação à idade da população estudada, o aumento de casos de HIV/AIDS em pessoas de meia idade se deve a inúmeros fatores, dentre eles: a preservação e manutenção da sexualidade no idoso, a cronicidade da doença, a falta de informação, geralmente associada à baixa escolaridade, a falta do hábito de utilização de preservativo nas relações sexuais e a crença ou pensamento de que não são suscetíveis a contrair a infecção, entre outros (Wooten-Bielski, 1999; Ory & Mack, 1998; Moradi et al., 2014; Martins et al., 2014). Os valores do *Alpha de Cronbach* encontrados foram semelhantes aos obtidos por Seidl e Tróccoli (2006), que relataram valores de $\alpha = 0,84$ para o suporte instrumental e $\alpha = 0,92$ para o suporte emocional.

Em relação à quantificação das respostas do questionário (ilustradas na tabela 2), a menor média foi observada no item relacionado ao suporte instrumental ($M = 2,52$; $DP = 1,78$), que avalia se o usuário tem recebido apoio de pessoas, recebendo o que necessita em seu dia-a-dia (alimentos, roupas, produtos de higiene pessoal, entre outros). Nas respostas, o resultado geral foi que “raramente” recebem o apoio, o que pode refletir duas situações: ou a existência de independência financeira dos respondentes e sua capacidade de, na maior parte dos casos, suprirem sozinhos suas necessidades materiais, ou a ausência de políticas de apoio social às pessoas com HIV/AIDS. Em contrapartida, a maior média foi observada no item relacionado à satisfação com o suporte emocional ($M = 4,02$; $DP = 1,28$), que avaliou se o usuário recebe apoio de alguém que o faz se sentir valorizado como pessoa, significando que os usuários sentem-se “satisfeitos” com este suporte recebido. A descoberta da doença pode ocasionar um estado prolongado de estresse, além de trazer medo e angústia em relação ao que a doença pode significar na sua vida, desde a morte a rejeição familiar (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007). Nesse caso, destacam-se a importância das relações interpessoais e da disponibilidade dos indivíduos em confiar, mostrar preocupação e afeto pelo outro, bem como demonstrações de estima que se traduzem em efeito protetor sobre a saúde física e psicológica dos usuários (Pietrukowicz, 2001; Martinez, 2002).

Ao se comparar os valores médios relatados para os suportes emocional e instrumental com outros estudos realizados, constata-se a semelhança dos resultados (Casaes, 2007; Giovelli, 2009; Passos & Souza, 2015; Seidl et al., 2005). É importante ressaltar que a forma como o usuário percebe as interações sociais como suportivas é

baseada na avaliação subjetiva quanto às suas necessidades e expectativas de apoio social. Assim, a identificação dessas fontes de apoio também é essencial para facilitar o estabelecimento de estratégias de integração desses indivíduos na sociedade (Caixeta, Morraye, Villela & Rocha, 2011; McNally & Newman, 1999; Oliveira et al., 2015).

A relação entre o apoio social e a saúde ajuda a repensar a etiologia de algumas doenças, principalmente as crônico-degenerativas, tendo em vista que em determinados eventos estressantes ocorre uma diminuição da resistência orgânica com consequente adoecimento (Cassel, 1976). Embora esses mecanismos ainda não sejam totalmente explicados, em todos os casos de adoecimento o suporte social está associado à redução da taxa de mortalidade, prevenção de doenças e recuperação da saúde (Bullock, 2004; Uchino, 2004). Por estes motivos, estudos sobre suporte social e adesão ao tratamento em condições de cronicidade têm sido desenvolvidos (Boardman, McCann, & Kerr, 2014; Hacker et al., 2007; Katz et al., 2013; Ma, Chen, Zhou, & Huang, 2013; Marquez et al., 2016; Passos & Souza, 2015).

Entretanto, nem todos adoecem na presença dos mesmos estressores físicos ou psicossociais, e, por esse motivo, acredita-se que o processo de adoecimento também seja causado pelo referencial interno ou suscetibilidade pessoal, ou seja, como cada um percebe ou reage às situações de vida a seu modo. Logo, a infecção por HIV é variável entre indivíduos e é reforçada pelas características multifatoriais subjacentes aos mecanismos de resistência do vírus (Cohen & Syme, 1985; Mesenburg, Muniz, & Silveira, 2014; Santos et al., 2015).

Avaliando os resultados da tabela 3, tanto em relação ao suporte social instrumental quanto ao emocional, as categorias que apresentaram menor percepção e satisfação com o suporte recebido foram: as mulheres, os solteiros, separados ou viúvos, desempregados ou aposentados, os usuários que já foram internados em decorrência do HIV, os que apresentam ou já apresentaram infecções oportunistas e os que não confienciaram o diagnóstico da soropositividade para nenhuma ou para até cinco pessoas. Além disso, os indivíduos que apresentaram menor média na percepção e satisfação com os dois tipos de suporte social declararam achar o TARV difícil, já ter deixado de tomar uma das doses diárias dos medicamentos uma ou algumas vezes e terem realizado troca do esquema terapêutico (sugerindo perda da efetividade ou ocorrência de reações adversas).

O relato de maior disponibilidade e maior satisfação com os suportes instrumental e emocional, por aqueles que viviam com parceiro (a), confirma as evidências da literatura sobre suporte social (Ingram, Jones, Fass, Neidig & Song, 1999; Lee, Yamazaki, Harris, Harper, & Ellen, 2015; Passos & Souza, 2015; Santos et al., 2015; Schmitz & Crystal, 2000).

A maior disponibilidade percebida e a satisfação com o suporte instrumental de pessoas casadas e/ou em união consensual parece decorrer do fato de que essa modalidade de suporte implica o apoio em questões domésticas e operacionais do tratamento, o que é facilitado pela proximidade espacial entre o provedor e o receptor do suporte (Seidl et al., 2005). Além disso, compartilhar o diagnóstico com pessoas de confiança pode aumentar o suporte social e facilitar, assim, o curso da doença e do tratamento. O vínculo e a confiança que são estabelecidos nessas relações de compartilhamento podem influenciar a percepção deste tipo de apoio. Pessoas socialmente isoladas apresentam uma saúde mais debilitada e uma taxa de mortalidade muito superior às pessoas com muitos contatos sociais, e, deste modo, o isolamento social aparece como um risco de vida tão elevado quanto o tabagismo, a obesidade, a inatividade e os altos níveis de colesterol (Hochenburg & Hockenburg, 2003). O apoio emocional pode representar a segurança de que há pessoas a quem o usuário pode recorrer quando necessitar, seja no meio familiar e social, seja nos serviços de saúde, o que também colaboraria para o manejo da soropositividade e adesão ao tratamento (Carvalho, Faria, Gonçalves, Moskovics, & Piccininni, 2009; Faria et al., 2014; Seidl, Tróccoli, & Zannon, 2001).

Já em relação ao suporte social emocional, os usuários que apresentaram menor média declararam fazer uso de outro(s) medicamento(s). Essa condição pode predispor a interações medicamentosas, já que na maior parte das vezes tratava-se do uso associado de psicotrópicos antidepressivos e antipsicóticos. Ademais, esses usuários afirmaram já ter interrompido o tratamento por um ou mais dias.

Os usuários que apresentaram carga viral indetectável (<50 cópias/ml) relataram menor suporte social instrumental e maior suporte emocional. Em relação à quantificação dos níveis de linfócitos T-CD4+, os usuários que apresentaram critério para quadro de AIDS (≤ 350 cels/mm³) relataram maior suporte instrumental. As duas medidas biológicas podem refletir o estado geral de saúde e as condições físicas dos portadores do HIV. A carga viral indetectável e a contagem de linfócitos T-CD4+ acima de 350 cels/mm³ representariam uma melhor condição clínica e de saúde, facilitando ao paciente desempenhar suas atividades diárias e não depender da ajuda de terceiros, o que poderia justificar o relato de menor suporte instrumental recebido. Em contrapartida, o relato de maior suporte social emocional recebido pelos usuários com carga viral indetectável pode refletir a confirmação da hipótese de que o apoio emocional é crucial para a promoção da adesão ao tratamento (Faria et al., 2014). Conforme já descrito por outros autores, o papel do apoio social como facilitador da adesão ao tratamento tem encontrado bastante amparo na literatura, o que permite sugerir que os usuários tenderiam a focar mais em suas relações interpessoais para enfrentar a doença (Gonzalez et al., 2004; Riley, Lewis, Lewis, & Fava, 2008; Rocha et al., 2010; Faria et al., 2014). Assim, pode-se sugerir que quanto

maior o apoio emocional, melhor a adesão ao tratamento e, conseqüentemente, menor a carga viral. O aspecto informativo, presente no apoio emocional, favoreceria o enfrentamento da infecção e a realização do tratamento, incluindo a adesão ao mesmo (Carvalho et al., 2009, Faria et al., 2014).

Observando a correlação entre o suporte social e a renda mensal, é possível associá-la com aspectos socioeconômicos, entre os quais poderia estar implicada a escolaridade. Eventualmente, em função de maior preconceito, essas pessoas poderiam estar com mais dificuldade de receber apoio emocional. Pode-se presumir, portanto, que níveis mais altos de escolaridade estariam favorecendo as habilidades sociais e de comunicação, levando a condições facilitadoras da busca e da satisfação com o suporte emocional. A literatura aponta uma correlação elevada entre escolarização e acesso às informações, ou seja, um maior nível de escolarização pode facilitar a procura por informações sobre o HIV, ocasionar em uma maior habilidade para falar sobre a enfermidade e facilitar na obtenção de suporte social, ocasionando, assim, o estabelecimento de uma maior rede social para o indivíduo que convive com a soropositividade (Seidl et al., 2005; Pereira, Albuquerque, Santos, Lima, & Saldanha, 2012).

A carga viral, que apresentou relação inversa com o suporte social, apresenta estreita ligação com a adesão ao tratamento. Na área do HIV/AIDS, as reações sociais e pessoais à soropositividade cumprem função importante nas dimensões social, psicológica e comportamental, e, assim, quando negativas, afastam as pessoas da busca por tratamento (Seidl & Tróccoli, 2006). Quando os usuários não encontram apoio e aceitação em seus grupos de convivência, suas dificuldades relacionadas à adaptação à doença e à adesão ao tratamento são potencializadas (Carvalho et al., 2007; Silva, Matos, & Cedaro, 2005).

Tendo em vista que a AIDS sempre foi associada a comportamentos desviantes e marginais, o momento do diagnóstico e o tratamento do HIV/AIDS trazem complexas implicações psicológicas e sociais, que podem ser marcadas pela exclusão, rejeição e preconceito. Segundo Uchino (2004), o apoio social aumenta a sobrevivência de usuários em estágios avançados da doença. Além disso, o suporte social é um preditor quando nos referimos à adesão ao tratamento em HIV/AIDS (Blatt, Citadin, Souza, Mello, & Galato, 2009; Carvalho, Duarte, Merchán-Hamann, Bicudo, & Laguardia, 2003).

A análise representada na tabela 4 sugere que, quanto maior a percepção de disponibilidade e a satisfação com os dois tipos de suporte social, instrumental e emocional, maior a adesão ao tratamento. O suporte social pode influenciar de forma direta – disponibilização de encorajamento, reforço positivo e motivação para o autocuidado –, e indireta, ao atenuar estímulos que interferem negativamente sobre a adesão. Outros estudos também relataram a relação entre apoio social e bem-estar psicológico com a conduta de

adesão à terapia antirretroviral (Gonzalez et al., 2004; Lopes et al., 2014; Oliveira et al., 2015; Pedrosa et al., 2015).

Entre as fontes de apoio mais referidas pelos entrevistados, estavam a família, os amigos e os vizinhos, bem como igrejas, religiões e grupos de auto-ajuda (dados não apresentados nos resultados). A família e os amigos constituem expressivos fatores de proteção àqueles que precisam enfrentar a doença no momento de receber o diagnóstico, o que parece ser importante na revelação da soropositividade para os demais. Buscar ajuda é uma reação natural de um indivíduo que passa por problemas ou por qualquer situação complicada. Esta busca surge a partir da necessidade de encontrar alguém ou formas de resolver os problemas e sair do momento de crise (Caixeta et al., 2011). O que ocorre, principalmente, é o medo do preconceito, do isolamento e as situações de exclusão vivenciadas fazem com que os portadores evitem

revelar o diagnóstico às pessoas próximas, o que os faz supor que ficarão sós, abandonados e que serão motivo de vergonha para seus familiares (Seidl & Tróccoli, 2006; Carvalho et al., 2007). Consequentemente, enfrentar a doença torna-se um processo solitário e, em alguns casos, enfrentar o estigma e o preconceito pode parecer mais difícil do que enfrentar a infecção, do ponto de vista da saúde física (Carvalho et al., 2007; Casaes, 2007).

Este trabalho apresentou algumas limitações. Entre estas, citam-se um possível viés de seleção e informação e uma possibilidade de erro na estimação da adesão pelo método do cálculo baseado na data de retirada dos medicamentos, uma vez que não se pode garantir que o paciente tenha de fato ingerido todas as doses do ARV. Além disso, os dados foram obtidos através de uma amostra pequena, o que limita o potencial de generalização dos achados.

REFERÊNCIAS

- Blatt, C. R., Citadin, C. B., Souza, F. G., Mello, R. S. De, & Galato, D. (2009). Avaliação da adesão aos antirretrovirais em um município no Sul do Brasil. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 42(2), 131-136. doi: 10.1590/S0037-86822009000200007.
- Boardman, G., McCann, T., & Kerr, D. (2014). A peer support programme for enhancing adherence to oral antipsychotic medication in consumers with schizophrenia. *Journal of Advanced Nursing*, 70(10), 2293-302. doi: 10.1111/jan.12382.
- Bonfanti, P., Landonio, S., Ricci, E., Martinelli, C., Fortuna, P., Faggion, I., & Quirino, T. (2001). Risk factors for hepatotoxicity in patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 27(3), 316-318.
- Bonfanti, P., Valsecchi, L., Parazzini, F., Carradori, S., Pusterla, L., Fortuna, P., ... Quirino, T. (2000). Incidence of adverse reactions in HIV patients treated with protease inhibitors: A cohort study. Coordinamento Italiano Studio Allergia e Infezione da HIV (CISAI) Group. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 23(3), 236-245.
- Bríto, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e infecção pelo HIV no Brasil: Uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217. doi: 10.1590/S0037-86822001000200010.
- Bullock, K. (2004). Family social support: foundations of nursing care of families in family health promotion. In P. J. Bomar (Ed.), *Promoting health in families: Applying family research and theory to nursing practice* (pp. 143-161). Philadelphia (PA/USA): Saunders.
- Caixeta, C. R. C. B., Morraye, M. A., Villela, W. V., & Rocha, S. M. M. (2011). Social support for people living with AIDS. *Revista de Enfermagem UFPE On Line*, 5(8), 1920-1930. doi: 10.5205/reuol.1262-12560-1-LE.0508201115.
- Carr, A., & Cooper, D. A. (2000). Adverse effects of antiretroviral therapy. *Lancet*, 356(9239), 1423-1430.
- Carvalho, C. V., Duarte, D. B., Merchán-Hamann, E., Bicudo, E., & Laguardia, J. (2003). Determinantes da adesão ao tratamento antirretroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública*, 19(2), 593-604. doi: org/10.1590/S0102-311X2003000200026.
- Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(9), 2023-2033. doi: 10.1590/S0102-311X2007000900011.
- Carvalho, F. T., Faria, E. R., Gonçalves, T. R., Moskovics, J. M., & Piccinini, C. A. (2009). Intervenção psicoeducativa para gestantes vivendo com HIV/Aids: Uma revisão da literatura. *Psicologia: Teoria e Prática*, 11(3), 157-173.
- Casaes, N. R. R. (2007). *Suporte social e vivência de estigma: Um estudo entre pessoas com HIV/AIDS* (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Faculdade de Filosofia e Ciências Humanas, Salvador, Brasil.
- Cassel, J. C. (1976). The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology*, 104(2), 107-123.
- Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., & Rourke, S. (2015). Stigma, HIV and health: A qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15(848), 1-17. doi: 10.1186/s12889-015-2197-0.
- Cohen, S., & Syme, S. L. (1985). *Social support and health*. Orlando: Academic Press.
- Cohen, S., & Wills, T. A. (1985). Stress and the buffering hypothesis. *Psychological Bulletin*, 98(2), 310-357.
- Dejman, M., Ardakani, H. M., Malekafzali, B., Moradi, G., Gouya, M. M., Shushtari, Z. J., ... Mohraz, M. (2015). Psychological, social, and familial problems of people living with HIV/AIDS in Iran: A qualitative study. *International Journal of Preventive Medicine*, 23(6), 126-127. doi: 10.4103/2008-7802.172540.
- Ditzen, B., & Heinrichs, M. (2014). Psychobiology of social support: The social dimension of stress buffering. *Restorative Neurology and Neuroscience*, 32(1), 149-162. doi: 10.3233/RNN-139008.
- Duran, S., Spire, B., Raffi, F., Walter, V., Bouhour, D., Journot, V., & APROCO Study Group (2001). Self-reported symptoms after initiation of a protease inhibitor in HIV-infected patients and their impact on adherence to HAART. *HIV Clinical Trials*, 2(1), 38-45.
- Faria, E. R. R., Carvalho, F. T., Lopes, R. S., Piccinini, C. A., Gonçalves, T. R., & Santos, B. R. (2014). Gestaç o e HIV: Preditores da Adesão ao Tratamento no Contexto do Pr e-natal. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 30(2), 197-203. doi: org/10.1590/S0102-37722014000200009.
- Giovelli, G. R. M. (2009). *Rela o entre sintomas de depressão, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento em*

- peessoas que vivem com HIV/Aids (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Psicologia, PUCRS, Porto Alegre, Brasil.
- Gonzalez, J. S., Penedo, F. G., Antoni, M. H., Duran, R. E., McPherson-Baker, S., Ironson, G., & Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology, 23*(4), 413-418.
- Guedes, T. G., Moura, E. R. F., Paula, E. M., Oliveira, N. C., & Vieira, R. P. R. (2009). Mulheres monogâmicas e suas percepções quanto à vulnerabilidade a DST/HIV/AIDS. *DST – Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis, 21*(1), 118-123.
- Hacker, M. A., Kaida, A., Hogg, R. S., & Bastos, F. I. (2007). The first ten years: Achievements and challenges of the Brazilian program of universal access to HIV/AIDS comprehensive management and care, 1996-2006. *Cadernos de Saúde Pública, 23*(3), 345-349.
- Hochenburg, D. H., & Hockenburg, S. E. (2003). *Descobrimos a psicologia*. São Paulo, SP: Edições Manole.
- Ingram, K. M., Jones, D. A., Fass, R. J., Neidig, J. L. & Song, Y. S. (1999). Social support, and unsupportive social interactions: Their association with depression among people living with HIV. *Aids Care, 11*(3), 313-329.
- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: Systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society, 13*(16). doi: 10.7448/IAS.16.3.18640.
- Lee, S., Yamazaki, M., Harris, R., Harper, G. W., & Ellen, J. (2015). Social support and human immunodeficiency virus-status disclosure to friends and family: Implications for human immunodeficiency virus-positive youth. *Journal of Adolescent Health, 57*(1), 73-80. doi: 10.1016/j.jadohealth.2015.03.002.
- Lopes, L. M., Magnabosco, G., Andrade, R., Ponce, M., Wysocki, A., Ravanholi, G., ... Monroe, A. (2014). Coordination of care for people living with HIV/AIDS in a city in São Paulo State, Brazil. *Cadernos de Saúde Pública, 30*(11), 2283-2297. doi.org/10.1590/0102-311X00091213
- Ma, C., Chen, S., Zhou, Y., & Huang, C. (2013). Treatment adherence of Chinese patients with hypertension: A longitudinal study. *Applied Nursing Research, 26*(4), 225-231. doi: 10.1016/j.apnr.2013.08.002.
- Mahajan, A. P., Sayles, J. N., Patel, V.A., Remien, R. H., Sawires, S. R., Ortiz, D. J., Szekeres, G., & Coates, T. J. (2008). Stigma in the HIV/AIDS epidemic: A review of the literature and recommendations for the way forward. *AIDS, 22*(2), 67-79. doi: 10.1097/01.aids.0000327438.13291.62
- Marquez, B., Anderson, A., Wing, R. R., West, D. S., Newton, R. L., Meacham, M., ... Look AHEAD Research Group. (2016). The relationship of social support with treatment adherence and weight loss in Latinos with type 2 diabetes. *Obesity, 24*(3), 568-75. doi: 10.1002/oby.21382.
- Martinez, M. C. (2002). *As relações entre a satisfação com aspectos psicossociais no trabalho e a saúde do trabalhador* (Dissertação de Mestrado). Faculdade de Saúde Pública, Universidade de São Paulo, São Paulo, Brasil.
- Martins, A., Kerr, L., Kendall, C., & Mota, R. (2014). Cenário epidemiológico da infecção pelo HIV e AIDS no mundo. *Revista Fisioterapia & Saúde Funcional, 3*(1), 4-7.
- McNally, S. T., & Newman, S. (1999). Objective and subjective conceptualizations of social support. *Journal of Psychosomatic Research, 46*(4), 309-314.
- Mesenbrug, M. A., Muniz, L., & Silveira, M. (2014). Assessment of sexual risk behaviors and perception of vulnerability to sexually transmitted diseases/acquired immunodeficiency syndrome in women, 1999-2012: A population based survey in a medium-sized Brazilian city. *Brazilian Journal of Infectious Diseases, 18*(4), 414-420. doi: 10.1016/j.bjid.2014.01.007. Epub 2014 Apr 26.
- Moradi, G., Mohraz, M., Gouya, M. M., Dejman, M., Seyedalinalghi, S., Khoshroavesh, S., & Malekafzali Ardakani, H. (2014). Health Needs of People Living with HIV/AIDS: From the Perspective of Policy Makers, Physicians and Consultants, and People Living with HIV/AIDS. *Iranian Journal of Public Health, 43*(10), 1424-1435.
- Ogbuji, Q. C., & Oke, A. E. (2010). Quality of life among persons living with HIV infection in Ibadan, Nigeria. *African Journal of Medical Sciences, 39*(2), 127-135.
- Oliveira, F. B. M., Moura, M., Araújo, T., & Andrade, E. (2015). Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem, 28*(6), 510-516. doi: http://dx.doi.org/10.1590/1982-0194201500086.
- Ory, M. G., & Mack, K. A. (1998). Middle-aged and older people with AIDS. *Research on Aging, 20*(6), 653-664. doi: 10.1177/0164027598206002.
- Passos, S. M., & Souza, L. D. (2015). An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. *Cadernos de Saúde Pública, 31*(4), 800-14. doi.org/10.1590/0102-311X00000514.
- Paterson, D. L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E. N., Squier, C., ... Singh, N. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine, 133*(1), 21-30.
- Pedrosa, N. L. Santos, V., Paiva, S., Galvão, M., Almeida, R., & Kerr, L. (2015). Specialized care for people with AIDS in the state of Ceará, Brazil. *Revista de Saúde Pública, 49*(1). doi: 10.1590/S0034-8910.2015049006028.
- Pereira, L. B., Albuquerque, J. R., Santos, J. M., Lima, F. L. A., & Saldanha, A. A. (2012). Fatores sociodemográficos e clínicos associados à TARV e à contagem T-CD4. *Revista Brasileira de Ciências da Saúde, 16*(2), 149-160. doi:10.4034/RBCS.2012.16.02.06.
- Pietrukowicz, M. C. L. C. (2001). *Apoio social e religião: Uma forma de enfrentamento dos problemas de saúde* (Dissertação de Mestrado). Escola Nacional de Saúde Pública, Rio de Janeiro, Brasil.
- Rabkin, G. J., Fernando, S., Lin, S. H., Sewell, M., & McElhiney, M. (2000). Psychological effects of HAART: A 2-year study. *Psychosomatic Medicine, 62*(3), 413-422.
- Reblin, M., & Uchino, B. N. (2008). Social and emotional support and its implication for health. *Current Opinion in Psychiatry, 21*(2), 201-205. doi: 10.1097/YCO.0b013e3282f3ad89.
- Renwick, R., Halpen, T., Rudman, D., Friedland, J. (1999). Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychological Reports, 84*(2), 663-673. doi: 10.2466/PRO.84.2.663-673.
- Riley, T. A., Lewis, B. M., Lewis, M. P., & Fava, J. L. (2008). Low-income HIV-infected women and the process of engaging in healthy behavior. *Journal of the Association of Nurses in AIDS Care, 19*, (1), 3-15.
- Rocha, G. M., Bonolo, P. F., Ceccato, M. G. B., Campos, L. N., Gomes, R. R. F. M., Acurcio, F. A., & Guimarães, M. D. C. (2010). Adesão ao tratamento antirretroviral: Uma revisão sistemática, 2004-2009. In Brasil/MS, Ministério da Saúde (Ed.), *Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: Coletânea de estudos do Projeto Atar* (pp. 17-32). Brasília: Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais.
- Santos, I. M., Rosa, E., Gräf, T., Ferreira, L. G., Petry, A., Cavaleiro, F., ... Pinto, A. R. (2015). Analysis of immunological, viral, genetic, and environmental factors that might be associated with decreased susceptibility to HIV infection in serodiscordant couples in Florianópolis, Southern Brazil. *AIDS Research*

- and *Human Retroviruses*, 31(11), 1116-1125. doi: 10.1089/aid.2015.0168.
- Santos, W. M., Padoin, S., Magnago, T., Dalmolin, G., & Zuge, S. (2015). Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV. *Scientia Medica*, 25(2), ID21105.
- Schmitz, M. F., & Crystal, S. (2000). Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 30(4), 665-685. doi: 10.1111/j.1559-1816.2000.tb02818.x.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Development of a scale for the social support evaluation in HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-26. doi: 10.1590/S0102-37722006000300008.
- Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 17(3), 225-234. doi.org/10.1590/S0102-37722001000300004.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/Aids: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195.
- Silva, G. O., Matos, L. A. L., & Cedaro, J. J. (2005). *Estratégias de enfrentamento em pessoas vivendo com HIV/Aids*. Porto Velho (RO): Unir/Ed. Univers.
- Soares, G. B. Garbin, C., Rovida, T., & Garbin, A. (2015). Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS assistidas no serviço especializado em Vitória (ES), Brasil. *Ciência & Saúde Coletiva*, 20(4), 1075-84. doi: 10.1590/1413-81232015204.00522014.
- Szwarcwald, C. L., & Castilho, E. A. (2000). Estimativa do número de pessoas de 15 a 49 anos infectadas pelo HIV, Brasil, 1998. *Cadernos de Saúde Pública*, 16(1), 135-141. doi.org/10.1590/S0102-311X2000000700012.
- Thoits, P. A. (1995). Stress, coping and social support processes: Where are we? What next? *Journal of Health and Social Behavior*, Extra Issue, 53-79.
- Uchino, B. N. (2004). *Social support and physical health*. New Have and London: Yale University Press.
- Winemiller, D. R., Mitchell, M. E., Sutliff, J., & Cline, D. J. (1993). Measurement strategies in social support: A descriptive review of the literature. *Journal of Clinical Psychology*, 49(5), 638-646.
- Wooten-Bielski, K. (1999). HIV & AIDS in older adults. *Geriatric Nursing*, 20(1), 268-272. doi: 10.1016/S0197-4572(99)70026-1.
- Wu, A. W. (2000). Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy. *Aids*, 14(10), 1449-51.

Recebido: 04/11/2014

Revisado: 14/03/2016

Aceito: 08/05/2016 ■