

Variáveis Psicossociais e Adesão ao Tratamento Antirretroviral para HIV/Aids
Psychosocial Variables and Adherence to Antiretroviral Treatment for HIV/Aids
Variables Psicosociales y Adhesión al Tratamiento Antirretroviral para el VIH/Sida

Gabriela Moreira de Freitas¹

Fernanda Lavezzo

Neide Aparecida Micelli Domingos

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

Eliane Maria Fleury Seidl

Universidade de Brasília (UnB)

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki

Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP)

Resumo

A terapia antirretroviral, tratamento padrão para HIV/aids, requer taxas de adesão da ordem de 95% para ser efetiva. O objetivo deste estudo foi avaliar adesão, suporte social, transtornos mentais, sintomas de depressão e percepção de autoeficácia para aderir ao tratamento em pacientes vivendo com HIV. Trata-se de estudo descritivo transversal com pacientes em tratamento antirretroviral, que responderam a instrumentos de autorrelato. Participaram 66 pacientes, 34 homens e 32 mulheres. A maioria apresentou excelente controle da carga viral e sintomas mínimos de depressão; a média do suporte social percebido foi alta, especialmente para os homens. Verificou-se menor pontuação de autoeficácia em mulheres e níveis baixos/insuficientes de adesão em 24 pacientes (17 mulheres). A adesão apresentou correlação significativa com as variáveis autoeficácia, gênero masculino, escolaridade, carga viral e suporte social.

Palavras-chave: adesão, autoeficácia, HIV/Aids, suporte social, saúde mental

Abstract

To be effective, the highly active antiretroviral therapy, the standard treatment for HIV/aids, requires adherence rates close to 95%. The objective of this study was to assess adherence, social support, mental disorders, depressive symptoms, and self-efficacy perception for adherence. It is a cross-sectional descriptive study with patients on antiretroviral treatment for HIV/aids, who filled self-report measures. Participants were 34 men and 32 women (n = 66). The majority had excellent viral control and minimal symptoms of depression. The average social support score was high, especially for men. Lower scores on self-efficacy were observed among women, and low/insufficient levels of adherence were observed in 24 patients (17 were women). Adherence was significantly correlated with self-efficacy, male gender, education, viral load, and social support.

Keywords: adherence, self-efficacy, HIV/Aids, social support, mental health

Resumen

La terapia antirretroviral, el tratamiento estándar para el VIH/sida, requiere tasas de adherencia cercanas al 95% para ser efectiva. El objetivo de este estudio fue evaluar la adherencia, el apoyo social, los trastornos mentales, los síntomas de depresión y la percepción de autoeficacia para adherirse al tratamiento en pacientes que viven con VIH/sida. Se trata de un estudio transversal descriptivo con pacientes en tratamiento antirretroviral para el VIH/sida, que respondieron a los instrumentos de autoinforme. Participaron 66 pacientes, 32 mujeres y 34 hombres. La mayoría tenía excelente control viral y síntomas mínimos de depresión. El apoyo social promedio fue alto, especialmente para los hombres. Hubo una puntuación de autoeficacia más baja en mujeres y niveles de adherencia bajos/insuficientes en 24 pacientes (17 eran mujeres). La adherencia mostró una correlación significativa con las variables autoeficacia, género masculino, educación, carga viral y apoyo social.

Palabras clave: adhesión, autoeficacia, VIH/Sida, apoyo social, salud mental

¹ Endereço de contato: Avenida Brigadeiro Faria Lima, Vila São José, São José do Rio Preto, SP, Brasil. CEP: 15090-000. E-mail: gabriela.jodas@edu.famerp.br

Introdução

Desde a descrição dos primeiros casos da síndrome da imunodeficiência adquirida (*acquired immunodeficiency syndrome* [aids]), no início da década de 1980, os avanços no conhecimento, na prevenção e no tratamento da doença foram significativos (Ghosn, Taiwo, Seedat, Autran, & Katlama, 2018; Grierson, Koelmeyer, Smith, & Pitts, 2011; Brasil, 2011). A partir de 1996, com a Lei n. 9.313, ficou decretada a distribuição gratuita de medicação para o tratamento da aids, e surgiram políticas voltadas para novos casos da infecção e controle da epidemia, acarretando redução da morbimortalidade e das internações pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (*Human Immunodeficiency Virus* [HIV]), o que elevou a expectativa de vida das pessoas infectadas.

Estima-se que no Brasil viviam, aproximadamente, 734 mil pessoas com HIV/aids até junho de 2014. Destas, 355 mil faziam uso da terapia antirretroviral (TARV), segundo o Boletim Epidemiológico do Ministério da Saúde (Brasil, 2014). A terapia antirretroviral altamente potente (TARV, ou *Highly Active Antiretroviral Therapy* [HAART]) “. . . revolucionou o curso da doença, transformando a infecção pelo HIV de potencialmente fatal para doença crônica passível de tratamento” (Grierson et al., 2011, p. 562). A TARV, hoje o tratamento padrão para pacientes com HIV/aids, é capaz de “. . . (1) reduzir a taxa de replicação viral (frequentemente reduzindo o HIV a níveis indetectáveis), (2) reduzir a incidência de infecções oportunistas, (3) retardar o progresso para aids, (4) proporcionar melhoras na saúde geral, e (5) reduzir custos” (Levensky, 2006, p. 283).

Desde dezembro de 2013, o Brasil recomenda o início imediato da TARV para todas as pessoas vivendo com HIV/aids, independentemente da contagem de células linfócitos T CD4, levando em conta a motivação do paciente para a adesão (Brasil, 2014). Para que a TARV seja efetiva, entretanto, é preciso que o paciente apresente comportamentos de adesão a um esquema terapêutico complexo. Assim, embora o tratamento efetivo possa estar disponível, o comportamento de adesão do paciente é o elo entre “a prescrição da medicação efetiva e o manejo bem sucedido da doença” (Blaschke, Osterberg, Vrijens, & Urquhart, 2012, p. 276).

A adesão é um fenômeno multidimensional, que engloba o sistema e a equipe de saúde, fatores relacionados ao paciente, além de variáveis relacionadas ao tratamento, à doença, a aspectos culturais e socioeconômicas (Carvalho, 2017). Como a adesão é uma importante barreira para o fornecimento adequado de cuidados de saúde, vários estudos têm sido realizados sobre o tema (Carvalho, Barroso, Coelho, & Penaforte, 2019; Spaan, Luenen, Garnefski, & Kraaij, 2018). Problemas com a adesão ao tratamento podem estar associados: 1) ao paciente (e. g. idade, sexo, *deficit* de conhecimentos sobre o tratamento; presença de transtornos mentais; suporte social ausente ou deficitário) (Polejack & Seidl, 2010; Prado & Soares, 2015; Zuge, 2013); 2) ao regime terapêutico (e. g. tratamento complexo e com muitas demandas; efeitos colaterais importantes) (Chirwa, 2017; Lima, 2017; Polejack & Seidl, 2010; Prado & Soares, 2015; Zuge, 2013); 3) às características da doença (e. g. a doença não constitui grave ameaça; ausência de sintomas); 4) ao relacionamento entre paciente e profissional da saúde (e. g. problemas de comunicação entre ambos; paciente incerto quanto às habilidades do profissional); 5) ao contexto terapêutico (e. g. falta de acesso a serviços adequados de saúde; falta de continuidade dos cuidados; burocracia) (Grierson et al., 2011; O’Donohue, & Levensky, 2006; Prado & Soares, 2015; Rego & Rego, 2010).

Diversas estratégias podem ser utilizadas para verificar a ocorrência (ou não) da adesão ao tratamento. Estas incluem a observação direta do comportamento do paciente (e. g. comparecimento a consultas); resultados do tratamento; autorrelato; estratégias para avaliar comportamentos, como a ingestão da medicação prescrita (e.g. contagem de comprimidos) e marcadores biológicos. Cada um destes métodos tem vantagens e desvantagens. O relato do paciente, apesar de suas desvantagens (e. g. vieses da memória), tem sido o mais utilizado para avaliar adesão na prática clínica, por ser rápido, prático e de baixo custo (Brasil, 2008; O'Donohue & Levensky, 2006; Polejack & Seidl, 2010).

Enquanto outras doenças crônicas demandam por volta de 80%-90% de adesão para que resultados satisfatórios sejam obtidos, a infecção pelo HIV requer índices próximos a 100%, igual ou superiores a 95%, de acordo com alguns autores (Chirwa, 2017). Mesmo falhas esporádicas na adesão ao tratamento limitam os seus efeitos, que incluem diminuição da carga viral e aumento do nível de linfócitos T CD4. Além disso, a não adesão ou falhas eventuais na ingestão do medicamento podem levar ao desenvolvimento de mutações virais, com cepas resistentes ao tratamento (Grierson et al., 2011; Zuge, 2013).

Diversos fatores psicossociais têm sido associados à não adesão à TARV (Calvetti, Giovelli, Gauer, & Moraes, 2014; Camargo, Capitão, & Ventura, 2014; Campos, Guimarães & Remien, 2010; Grierson et al., 2011; Wagner et al., 2011). Este estudo foca alguns destes fatores – suporte social, transtornos mentais e sintomas de depressão e autoeficácia –, sobre os quais uma breve definição será fornecida a seguir.

O suporte social é um importante fator associado à adesão ao tratamento (Seidl & Tróccoli, 2006) e pessoas que recebem algum tipo de apoio social apresentam melhor adesão. Suporte ou apoio social pode ser definido como “a capacidade de prover assistência ou conforto ao outro para auxiliá-lo no controle de estressores biológicos, psicológicos e sociais” (American Psychological Association [APA], 2010, p. 87) e inclui aspectos estruturais e funcionais. O primeiro inclui frequência e quantidade das relações sociais, ou seja, o número de pessoas envolvidas na rede social do paciente. O segundo subdivide-se em instrumental (e. g. disponibilização de ajuda para fins práticos, como apoio financeiro ou auxílio nas atividades cotidianas), emocional (e. g. comportamentos que fazem o indivíduo se sentir cuidado, estimado) e de informação (e. g. conselhos e informações que ajudem no manejo de dificuldades) (Seidl & Tróccoli, 2006).

Em pacientes com HIV/aids, a presença de suporte social tem se mostrado associada à melhora da qualidade de vida, à revelação do diagnóstico, à redução do medo do estigma e aumento dos níveis de CD4 (Padoin et al., 2013). Segundo Straub (2014), a falta de apoio social pode auxiliar na aceleração da doença e diminuir a capacidade da pessoa com HIV para lidar com e enfrentar estressores de maneira eficaz. Diversos estudos indicam que a presença de suporte social tem, também, um impacto positivo sobre a adesão (Lima, 2017; Scamardi, Machado, Freitas, Maia, & Miyazaki, 2013; Zuge, 2013).

A presença de transtornos mentais tem sido frequentemente associada a dificuldades de adesão à TARV. Diversos estudos têm abordado, por exemplo, depressão, ansiedade e abuso de substâncias como importantes fatores que prejudicam a adesão aos antirretrovirais (Hoosain, 2016; Lima, 2017; Brasil, 2008; Rego & Rego, 2010; Wagner et al., 2011). Assim, recomendações têm sido feitas em relação à necessidade de disponibilizar cuidados de saúde mental a estes pacientes. Além disso, o risco de deixar de considerar saúde mental como

um componente terapêutico importante no manejo do HIV/aids tem sido frequentemente enfatizado (Hoosain, 2016; Lawler et al., 2011; Levensky, 2006; Wagner et al., 2011).

Uma revisão da literatura sobre a influência da depressão na progressão do HIV aponta que esta tem efeitos diretos e indiretos. Os primeiros incluem aspectos psiconeuroimunológicos e estão além do escopo deste estudo. Os indiretos incluem, por exemplo, abuso de substâncias psicoativas; isolamento e redução do suporte social; desesperança ou expectativas negativas sobre si próprio e sobre o futuro; e comportamento sexual de risco – variáveis com impacto negativo sobre a adesão ao tratamento e o curso da doença (Schuster, Bornovalova, & Hunt, 2012). Assim, identificar pacientes vulneráveis ou que apresentam transtornos mentais, encaminhando-os para tratamento, é altamente relevante para o manejo adequado da saúde de pessoas com HIV/aids.

A baixa autoestima, a perspectiva pessimista e a depressão crônica estão relacionadas à diminuição nas células de defesa e ao início mais rápido da aids. Aqueles indivíduos que apresentam boa saúde mental mostram menor declínio das células T CD4 (Straub, 2014). Alguns aspectos relacionados à saúde mental, como a autoeficácia, podem auxiliar o paciente no processo de adesão. Straub (2014) aponta que o controle pessoal está relacionado à crença na capacidade pessoal de tomar decisões e se responsabilizar pelos respectivos atos, inclusive pelo próprio sofrimento. Tanto o controle pessoal como a autoeficácia ajudam a enfrentar de forma mais adequada períodos estressantes.

A autoeficácia pode influenciar a motivação e a persistência de um indivíduo para realizar determinadas tarefas; por exemplo, as envolvidas na adesão a tratamentos. A autoeficácia “possui dois componentes que são distintos, mas relacionados: confiança para realizar e manter mudanças e tentação para recaída” (Prochaska, Prochaska, & Johnson, 2006, p. 38). Embora baixa escolaridade, identificada frequentemente em pacientes atendidos no Sistema Único de Saúde (SUS), seja uma variável preditora de baixa adesão ao tratamento, um estudo realizado com 204 pacientes soropositivos indicou que a autoeficácia foi uma variável mediadora do *deficit* educacional. Outro estudo sobre adesão à TARV e consumo de álcool também ressaltou a importância de enfatizar expectativas positivas em relação à ingestão da medicação (Schensul et al., 2017). Identificar fatores que facilitam a adesão ao tratamento auxilia no planejamento e na elaboração de intervenções psicológicas adequadas às necessidades das pessoas que vivem com a doença (Calvetti et al., 2014), favorecendo sua qualidade de vida, sua inclusão, a redução dos custos com o tratamento e o número de complicações advindas da não adesão.

Nesse sentido, o objetivo desse estudo foi identificar e correlacionar, entre pacientes vivendo com HIV/aids, níveis de adesão ao tratamento com suporte social, possíveis “casos” de transtornos mentais; sintomas de depressão, percepção de autoeficácia para aderir ao tratamento antirretroviral, níveis de CD4 e de carga viral. Objetivou-se, ainda, identificar a ocorrência de diferença entre os gêneros em cada uma das variáveis pesquisadas.

Método

Participantes

O estudo foi realizado com amostra de conveniência. Foram incluídos pacientes de ambos os sexos, com sorologia positiva para o HIV e em tratamento antirretroviral. Foram excluídos

do estudo: pacientes que, por alegarem falta de tempo, não conseguiram responder aos questionários de maneira completa; aqueles que apresentavam algum tipo de dificuldade para responder aos questionários, mesmo com o auxílio dos pesquisadores, como deficiência intelectual moderada ou grave ou demência avançada; e aqueles que apresentavam outras doenças crônicas prévias que demandavam outros tratamentos medicamentosos, como doenças hepáticas e renais.

Instrumentos

Para a coleta de dados, foram utilizados os seguintes instrumentos:

Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (Remor, Milner-Moskovics, & Preussler, 2007) – instrumento de autorrelato com 20 perguntas que avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. É uma ferramenta de rápida e fácil administração, que pode ser aplicada em pacientes adultos com infecção pelo HIV. Tem caráter multidimensional, pois compreende os principais fatores que podem influenciar no comportamento de adesão ao tratamento. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo: 17; valor máximo: 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao tratamento, que será classificada como: adesão baixa/insuficiente (escore bruto ≤ 74 ; percentil ≤ 49), adesão boa/adequada (escore bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) ou estrita (escore bruto ≥ 80 ; percentil ≥ 85). O instrumento foi traduzido e validado para a população brasileira (Remor et al., 2007) e apresenta bons níveis de confiabilidade.

Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids (Seidl & Tróccoli, 2006) – a adaptação e a tradução do instrumento para o português foram baseadas em procedimentos de análise semântica e tradução reversa. O instrumento brasileiro tem dois fatores: Fator 1, suporte social emocional (12 itens; $\alpha = 0,92$), que avalia percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à soropositividade; Fator 2, suporte social instrumental (10 itens; $\alpha = 0,84$), que verifica 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. As respostas são dadas em uma escala Likert de cinco pontos para os itens relativos à percepção de disponibilidade e à satisfação com o apoio social. Quanto maior o escore, mais alta a percepção de disponibilidade e maior a satisfação com o suporte social recebido (Seidl & Tróccoli, 2006).

Clinical Interview Schedule – Revised (CIS-R), roteiro estruturado de entrevista psiquiátrica (Botega, Bio, Zomignani, Garcia Jr., & Pereira, 1995; Lewis, Pelosi, Araya, & Dunn, 1992), que pode ser utilizado por entrevistadores leigos para avaliar transtornos mentais não psicóticos. Contém 14 seções que abrangem sintomas somáticos, fadiga, concentração, alterações de sono, irritabilidade, preocupações, ansiedade, fobias, pânico, compulsões e obsessões. Cada seção inclui duas perguntas introdutórias que verificam se ocorreram sintomas na última semana. Se a resposta for positiva, é verificada a frequência, a intensidade, a persistência e o incômodo ocasionados pelo sintoma. A pontuação varia de 0 a 4 para cada sessão, e a pontuação final é obtida com a soma dos pontos alcançados em cada sessão. Os pontos de corte separam “casos” (≥ 11) de “não casos” (< 11). Os “casos” correspondem ao limite a partir do qual “um médico geral passaria a se preocupar com o estado emocional

de seu paciente” (Lewis et al., 1992). Já foi utilizada no Brasil para avaliar pacientes adultos, internados em enfermaria geral (Botega et al., 1995).

Escala de Expectativa de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral (Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro, & Silveira, 2002) – escala de 21 itens que avalia autoeficácia para seguir tratamento antirretroviral em situações difíceis, com questões a serem respondidas em uma escala Likert que varia de 1 (não vou tomar mesmo) a 5 (com certeza vou tomar).

Inventário de Depressão de Beck (BDI) (Cunha, 2001) – instrumento de autorrelato, com 21 itens que avaliam níveis de intensidade de sintomas de depressão. A soma dos escores de cada item fornece o resultado final: depressão mínima (0-11), leve (12-19), moderada (20-35) e grave (36-63).

Os níveis de carga viral e CD4 foram obtidos no prontuário dos pacientes.

Procedimentos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa com Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, parecer n. 74527.

Os pacientes que chegavam com antecedência à consulta ambulatorial (Hospital de Base, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto, SP) e preenchem os critérios de inclusão eram convidados a participar da pesquisa e recebiam esclarecimentos acerca do estudo. Os que concordaram assinaram Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e responderam aos instrumentos.

Houve recusas para participar, de pacientes que alegaram depender de transporte público com horários para retornar para casa ou que não desejavam falar sobre a doença. Quatro pacientes não concluíram o preenchimento dos instrumentos por terem sido chamados para a consulta médica ou pela extensão do questionário (duração da aplicação em torno de 40 minutos). A coleta aconteceu em um período de dois anos (2013-2014).

Os ambulatórios de infectologia acontecem cinco dias na semana e atendem diariamente, em média, 10 pacientes com HIV ou outros diagnósticos infectoparasitários. A coleta estava condicionada também à disponibilidade de sala de atendimento no ambulatório.

Pacientes com baixa adesão e/ou presença de transtornos mentais ou sofrimento clinicamente importante foram encaminhados para o atendimento necessário (ex. avaliação e acompanhamento psicológico) pela psicóloga da equipe.

Análise dos Dados

Para análise estatística dos dados, foi utilizado o programa GraphPad InStat versão 3.1. Uma análise com estatística descritiva forneceu medidas de centralidade e de dispersão: valores mínimos, médios, medianas e máximos, porcentagens e desvio padrão. O coeficiente de correlação linear de Spearman identificou correlações entre aspectos psicossociais e adesão ao tratamento.

Resultados

Participaram da pesquisa 66 pacientes (34 homens e 32 mulheres), com média de idade de 46 anos; 68,18% não concluíram o ensino médio e apenas um tinha ensino superior.

Quanto ao tempo de diagnóstico, a média foi de 11 anos e sete meses. A maioria era da raça branca (71,21%) e 21 dos participantes eram casados. Pouco mais da metade (53%) dos participantes não exerciam trabalho remunerado ou estavam aposentados. Dos 66 participantes, 45 eram católicos e tinham em média dois filhos.

Os dados sobre adesão à TARV indicaram que 36,36% dos pacientes apresentaram níveis baixos de adesão, 33,33% apresentaram adesão boa ou adequada e 30,3% apresentaram adesão estrita. As mulheres apresentaram principalmente baixa adesão (53,12%), e os homens, adesão estrita (41,18%).

Os participantes apresentaram escores médios de suporte social emocional mais altos ($M = 3,65$) em relação ao suporte instrumental ($M = 3,45$), e o suporte social total teve média igual a 3,56, de acordo com a Escala de Suporte Social para Pessoas vivendo com HIV/aids.

A presença de possíveis “casos” de transtornos mentais indicou que, entre os 66 pacientes avaliados, 29 foram identificados como tal com base nos escores obtidos. A avaliação da presença de sintomas de depressão, realizada com o Inventário de Depressão de Beck, indicou que a maioria dos pacientes ($n = 43$) apresentava classificação “mínima”.

O escore médio dos participantes na Escala de Autoeficácia foi igual a 3,8 ($M = 3,89$ para os homens; $M = 3,70$ para as mulheres). Quanto aos níveis de CD4, a média foi de 599 células por mm^3 de sangue (feminino, $M = 594,37$; e masculino, $M = 603,35$). Trinta e oito participantes apresentaram níveis indetectáveis de carga viral e 8 apresentaram mais de 1.000 cópias/ mm^3 de sangue.

Os resultados da análise estatística (correlação de Spearman, $p \leq 0,05$) entre aspectos psicossociais e adesão ao tratamento estão apresentados na Tabela 1. Houve correlação entre adesão e as seguintes variáveis: sexo ($p = 0,0008$), escolaridade ($p = 0,0256$), carga viral ($p = 0,0289$), níveis de autoeficácia ($p < 0,0001$) e suporte social ($p = 0,0134$).

Tabela 1

Correlação de Spearman entre Aspectos Psicossociais e Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV

Variáveis	r	p
Sexo	0,4025	0,0008*
Escolaridade	0,2746	0,0256*
Idade	0,09032	0,4708
Tempo de Diagnóstico	-0,004991	0,9683
CD4	-0,01654	0,8951
Carga Viral	-0,2733	0,0289*
Níveis de Depressão	-0,1137	0,3632
Pontuação no CIS-R	-0,1268	0,3102
Níveis de autoeficácia para adesão à TARV	0,4868	< 0,001*
Suporte social	0,3030	0,0134*

Nota. * p significativa ($p \leq 0,05$).

Discussão

Apesar do advento da TARV, o sucesso do tratamento depende, além do acesso aos serviços de saúde e à assistência qualificada (e. g. distribuição gratuita dos antirretrovirais no Brasil),

das características virais, da resposta imune e de fatores comportamentais, como a adesão do paciente ao tratamento prescrito (Medley, Bachanas, Grillo, Hansen, & Amanyeiwe, 2015; Tapp et al., 2011; Joint United Nations Program on HIV/Aids [UNAIDS], 2012).

Para que o tratamento seja efetivo, são necessários altos níveis de adesão (Brasil, 2008). Este estudo identificou que os níveis estritos de adesão, necessários para o sucesso do tratamento, foram maiores entre homens (41,18% apresentaram adesão estrita) do que entre mulheres (18,75% apresentam adesão estrita). Esse resultado é congruente com a literatura, que atribui essa redução do autocuidado entre as mulheres à administração da rotina familiar e à responsabilidade pelas tarefas do lar. No entanto, são necessários mais estudos para compreender as diferenças na adesão entre os sexos (Bonolo et al., 2013; Harris et al., 2011; Romeu et al., 2012).

Tapp et al. (2011) discutem que fatores como baixo nível educacional, menor renda, ausência de plano de saúde, história de consumo de álcool e sexo feminino podem aumentar a vulnerabilidade para baixa adesão. Essas variáveis estão presentes nas mulheres deste estudo, como baixa escolaridade, menor renda e ausência de plano de saúde, características associadas à população atendida na instituição e no próprio SUS.

Entre os participantes do estudo, a minoria relatou aderir de forma estrita ao tratamento. Camargo, Bousfield, Giacomozzi e Koelzer (2014) também identificaram, predominantemente, adesão baixa ou regular em seu estudo. Isso significa que, embora a medicação apropriada esteja disponível, é preciso intervir junto ao comportamento de adesão desses pacientes para otimizar os cuidados e os resultados do tratamento (Heestermans, Browne, Aitken, Vervoot, & Klipstein-Grobusch, 2016; Medley et al., 2015). Afinal, a terapêutica medicamentosa para HIV/aids requer taxas de adesão próximas a 100% para ser efetiva, e falhas esporádicas podem limitar seus efeitos (i. e. aumento nos níveis de CD4 e diminuição da carga viral) e levar ao desenvolvimento de mutações virais resistentes ao tratamento (Chirwa, 2017; Grierson et al., 2011; Zuge, 2013;).

Quanto ao gênero e faixa etária dos participantes do estudo, verificou-se, respectivamente, equilíbrio entre homens e mulheres em tratamento antirretroviral, e média de idade de 46 anos. Esses dados são compatíveis com a literatura, que aponta para a redução na proporção das diferenças entre os gêneros ao longo dos anos (i. e. enquanto em 1985 havia uma mulher para cada 26 homens, em 2010 a relação passou para 1,7 homens para cada mulher), bem como para o aumento no número de casos em pessoas mais velhas e, também, ao envelhecimento das pessoas soropositivas que têm muitos anos de diagnóstico (Brasil, 2012; Driemeier, Andrade, Pontes, Santiago, & Cunha, 2012). Cabe destacar que o aumento da longevidade sexual, o sexo desprotegido e o uso de medicamentos para disfunção erétil podem contribuir para a mudança do cenário epidemiológico. É fundamental, portanto, que profissionais da saúde e a população em geral reconheçam que esses são fatores de vulnerabilidade para infecção pelo HIV (Driemeier et al., 2012).

Com relação ao nível educacional, e conforme evidenciado em pesquisas com essa temática realizadas na própria instituição onde este estudo foi desenvolvido (Cunha, Miyazaki, Villafanha, Santos Jr., & Domingos, 2014), a maioria dos participantes apresentou níveis baixos de escolaridade, em especial as mulheres. No Brasil, a média nacional de anos de estudo continua abaixo dos 9 anos estabelecidos como ensino fundamental – embora tenha passado de 6,9 anos em 2005 para 7,9 anos em 2012. E as mulheres, quando comparadas aos

homens, apresentam maior escolaridade a partir do ensino médio, estendendo-se ao superior (Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social da Presidência da República [CDES], 2014; Fundação Carlos Chagas, 2015). A situação empregatícia dos pacientes é compatível com o baixo nível de escolaridade e a raça, principalmente branca, característica do município onde o estudo foi realizado (Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística [IBGE], 2015).

O tempo de diagnóstico, que variou entre três meses e 29 anos, mostra como o avanço no tratamento do HIV/aids permitiu que a doença se transformasse de altamente letal para crônica e tratável (Grierson et al., 2011). Para que os benefícios da TARV sejam efetivos, entretanto, é preciso que o paciente apresente comportamentos de adesão. Como a conduta do paciente é fundamental na adesão, a presença de psicólogos nas equipes interdisciplinares e a realização de pesquisas por estes profissionais é uma questão relevante.

Foram identificados altos níveis de suporte social percebido entre os pacientes, especialmente para suporte emocional, que obteve médias ligeiramente superiores, tanto na disponibilidade dessa modalidade de suporte quanto na satisfação, quando comparado ao suporte instrumental. A percepção de receberem mais suporte emocional corrobora os resultados de outros estudos na área (Durgante, Budó, & Guido, 2014; Seidl & Tróccoli, 2006). Esse é um dado relevante, uma vez que “a relação entre suporte social e melhora na adesão ao TARV é particularmente significativa” (Khamarko & Meyers, 2013, p. 30).

Para as mulheres deste estudo, entretanto, as médias de suporte social foram inferiores às médias dos homens, tanto para suporte social total como para suporte social instrumental e emocional. Esse dado é compatível com o estudo realizado por Li et al. (2011), que avaliaram um programa de intervenção para reduzir sintomas de depressão e aumentar o suporte social de pessoas com HIV/aids na China. No estudo de Li et al. (2011), homens também apresentaram melhor percepção de suporte social e funcionamento familiar que as mulheres. A pior percepção de suporte social por parte das mulheres deste estudo pode, portanto, estar associada às piores taxas de adesão estrita no sexo feminino, quando comparadas ao masculino.

Menor percepção de suporte social e menor adesão por parte das mulheres deste estudo são um dado compatível com a literatura e têm recebido diversas explicações. Estas incluem questões sociais, como desigualdade entre os sexos, o fato de as mulheres priorizarem os interesses do parceiro e dos familiares em detrimento dos seus próprios interesses, bem como serem responsáveis por cuidar das pessoas doentes ou em estágios avançados da doença (Durgante et al., 2014).

A presença de suporte social tem sido consistentemente associada a comportamentos positivos relacionados à saúde, redução no risco para doenças físicas e mentais e redução da mortalidade. Dados sugerem ainda que o suporte social tem impacto positivo sobre o funcionamento cardiovascular, endócrino e do sistema imune, auxilia no enfrentamento do estresse e na adesão a tratamentos medicamentosos (Khamarko & Meyers, 2013).

Revisão sobre a influência do suporte social na saúde de pessoas com HIV/aids em países de baixa e média renda examinou estudos que foram classificados em quatro áreas: adesão à TARV, saúde mental, saúde física e qualidade de vida. Os autores concluíram que “suporte social está associado à melhora no acesso e na adesão à TARV, na ingestão da medicação, na manutenção do tratamento, no funcionamento físico, na progressão dos níveis de CD4, na supressão virológica, no peso corporal e na mortalidade” (Khamarko & Meyers, 2013, p. 29).

Além disso, a presença de suporte social mostrou-se relacionada a mudanças positivas no funcionamento psicossocial, com “melhora da autoestima, maiores taxas de revelação da soropositividade, na autoeficácia, no funcionamento familiar, no enfrentamento ativo e na perspectiva de saúde” (Khamarko & Meyers, 2013, p. 29). Assim, incorporar e avaliar o impacto de programas com o objetivo de fortalecer o suporte social de pacientes com HIV/aids é uma tarefa relevante para os serviços de atendimento a essas pessoas.

Quanto à saúde mental, mais de 40% dos pacientes deste estudo foram identificados como possíveis “casos” de transtorno mental, especialmente as mulheres. Índice semelhante foi encontrado na literatura, evidenciando a necessidade de avaliar o funcionamento mental desses pacientes, uma vez que problemas como depressão, por exemplo, têm um impacto negativo sobre a adesão (Camargo et al., 2014).

O fato de as mulheres terem sido identificadas como possíveis “casos” de transtorno mental com maior frequência que os homens pode estar associado à violência, à vergonha e ao estigma dos parceiros quando seu *status* sorológico é revelado. Além disso, as mulheres deste estudo apresentaram menos suporte social, um fator que pode aumentar a sua vulnerabilidade para transtornos mentais, uma vez que suporte social é um fator protetor (Khamarko & Meyers, 2013). A própria Organização Mundial de Saúde (OMS) recomenda que as necessidades psicossociais de pacientes com HIV/aids, como prevenção, identificação e tratamento de transtornos mentais, sejam incorporadas aos cuidados de saúde fornecidos a esses pacientes (Carvalho, 2017).

A maior parte dos participantes deste estudo apresentou níveis mínimos e leves de sintomas de depressão, embora uma menor parcela tenha apresentado níveis moderados e graves de sintomas. Embora o BDI não permita um diagnóstico de depressão, apenas identifique presença de sintomas, pode ser utilizado como forma de rastreamento para posterior investigação detalhada. A prevalência de depressão em pessoas com HIV/aids varia entre 12% e 66% e deixa de ser diagnosticada em mais de 50% dos casos, um dado relevante, uma vez que esta pode ter um impacto negativo sobre o tratamento.

Silveira et al. (2012) investigaram sintomas de depressão entre pacientes com HIV em TARV utilizando o BDI, como foi feito neste estudo. Utilizando escores de corte ≤ 12 , os autores identificaram prevalência de sintomas depressivos em 32% da amostra, sendo que a presença dos sintomas mostrou-se correlacionada à baixa renda. Os dados são semelhantes aos obtidos neste estudo, se considerarmos o escore de corte utilizado por Silveira et al. (2012), que incluiu sintomas leves, moderados e graves (neste estudo, 34,85% dos pacientes apresentaram escore ≥ 12).

No presente estudo, foram identificados dois casos com sintomas de depressão com a classificação “grave” e 13 casos com classificação “moderada”. Silveira et al. (2012) sugerem que um escore < 12 seja utilizado para incluir também aqueles que apresentam classificação “leve”, permitindo assim abranger o maior número possível de pacientes com vulnerabilidade aumentada para depressão. Todos os participantes identificados como possíveis casos de transtorno mental e os possíveis casos de depressão, que não faziam acompanhamento, foram encaminhados para psicoterapia. A possibilidade de encaminhamento dos pacientes para serviços de saúde mental mostra a relevância da interdisciplinaridade na área da saúde.

Os níveis de carga viral estavam indetectáveis em mais da metade da amostra, dado compatível com os níveis de adesão identificados. É necessário, portanto, intervir junto a esses pacientes para aumentar a adesão e, conseqüentemente, os benefícios do tratamento.

Houve correlação entre adesão e nível de escolaridade, isto é, pacientes com maior escolaridade apresentaram melhor adesão. Esses dados corroboram os encontrados em outros trabalhos desta e de outras instituições de saúde (Cunha et al., 2014; Felício, 2007). Como a terapêutica é complexa, pacientes com maior escolaridade têm maior probabilidade de compreender as orientações médicas e a relevância do tratamento para a sua condição de saúde. Programas psicoeducativos que considerem a baixa escolaridade dos pacientes atendidos pelos SUS são relevantes e devem ser incluídos no programa terapêutico desses pacientes.

Dima, Schweitzer, Diaconiță, Remor e Wanless (2013) identificaram que a baixa adesão está particularmente associada aos efeitos colaterais do tratamento, a sofrimento emocional, percepções de dificuldade elevada no tratamento, exigências de tempo e níveis baixos de autoeficácia. O presente estudo não identificou correlação entre adesão, possíveis transtornos mentais e sintomas de depressão. Entretanto, mostrou correlação altamente significativa entre adesão e autoeficácia para aderir à TARV. Outros estudos obtiveram resultados semelhantes (Colbert, Sereika, & Erlen, 2013; Dima et al., 2013; Dowshen, Kuhns, Johnson, Holoyda, & Garofalo, 2012; McCoy, 2012), o que indica a importância dos altos níveis de autoeficácia e melhor adesão ao tratamento.

Conclusões

Os dados levantados destacaram: o equilíbrio entre a população masculina e feminina em tratamento; a média de idade e o longo tempo decorrido desde o diagnóstico; a presença de bons níveis de suporte social, especialmente de suporte social emocional; possíveis “casos” de transtornos mentais e sintomas mínimos de depressão; correlação entre autoeficácia, gênero (masculino), escolaridade mais alta, carga viral baixa, suporte social e níveis de adesão ao tratamento.

HIV/aids é uma condição crônica de saúde. Identificar os fatores que facilitam a adesão ao tratamento auxilia no planejamento e na elaboração de intervenções psicológicas adequadas, tanto para as necessidades das pessoas que vivem com HIV quanto para a sua rede de apoio e suporte social. É possível, portanto, melhorar a qualidade de vida e a inclusão das pessoas com HIV/aids (e. g. treinos de autoeficácia com mulheres e pessoas com baixa escolaridade), além de baixar os custos do tratamento e diminuir o número de complicações advindas da não adesão.

É preciso apontar as limitações deste estudo, por ser transversal, com apenas uma medida de adesão, o autorrelato, e com pessoas acompanhadas em uma única unidade de saúde. Portanto, são necessárias novas pesquisas que investiguem e descrevam outras variáveis com possibilidade de prejudicar o comportamento de adesão, que aprofundem a temática da diferença entre os gêneros e que avaliem intervenções para aprimorar aquelas identificadas como prejudiciais entre os pacientes deste estudo, principalmente quanto ao público feminino.

Referências

- American Psychological Association (2010). *Dicionário de Psicologia - APA*. Porto Alegre: Artmed.
- Blaschke, T. F., Osterberg, L., Vrijens, B., & Urquhart, J. (2012). Adherence to medications: Insights arising from studies on the unreliable link between prescribed and actual drug dosing histories. *Annual Review of Pharmacology and Toxicology*, 52, 275-301.
- Bonolo, P. F., Ceccato, M. D. G. B., Rocha, G. M., Acúrcio, F. A., Campos, L. N., & Guimarães, M. D. C. (2013). Gender differences in non-adherence among Brazilian patients initiating antiretroviral therapy. *Clinics*, 68(5), 612-620.
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia Jr., C., & Pereira, W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(5), 359-363.
- Brasil. (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids*. Série A. Normas e Manuais Técnicos. Brasília, DF: Ministério da Saúde.
- Brasil. (2011). Ministério da Saúde do Brasil. *Boletim epidemiológico AIDS e DST no Brasil*. Recuperado de http://www.aids.gov.br/publicacao/2011/boletim_epidemiologico_2011
- Brasil (2012). *Portal Saúde. Boletim 1/2012 – Aids no Brasil*. Recuperado de <http://portalsaude.saude.gov.br>
- Brasil. (2014). Ministério da Saúde do Brasil. *Boletim Epidemiológico Aids e DST*. Recuperado de http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2014/56677/boletim_2014_final_pdf_15565.pdf
- Calvetti, P. U., Giovelli, G. R. M., Gauer, G. J. C., & Moraes, J. F. D. (2014). Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1), 8-15.
- Camargo, B. V., Bousfield, A. B. S., Giacomozzi, A. I., & Koelzer, L. P. (2014). Representações sociais e adesão ao tratamento antirretroviral. *Liberabit*, 20(2), 229-238.
- Camargo, L. A., Capitão, C. G., & Ventura, F. E. M. (2014). Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: Associações no contexto HIV/Aids. *Psico-USF*, 19(2), 221-232.
- Campos, L. N., Guimarães, M. D. C., & Remien, R. H. (2010). Anxiety and depression symptoms as risk factors for non-adherence to antiretroviral therapy in Brazil. *Aids and Behavior*, 14(2), 289-299.
- Carvalho, P. P. (2017). *Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG).
- Carvalho, P. P., Barroso, S. M., Coelho, H. C., & Penaforte, F. R. O. (2019). Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: Revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2543-2555.
- Chirwa, U. (2017). *Factors affecting antiretroviral drug adherence among HIV adult patients attending HIV clinic at the University Teaching Hospital in Lusaka* (Dissertação de Mestrado, University of Zambia, Lusaka).
- Colbert, A. M., Sereika, S. M., & Erlen, J. A. (2013). Functional health literacy, medication-taking self-efficacy and adherence to antiretroviral therapy. *Journal of Advanced Nursing*, 69(2), 295-304.

- Conselho de Desenvolvimento Econômico e Social da Presidência da República. (2014). *Desigualdades na escolarização no Brasil: Relatório de observação n. 5*. Brasília-DF: CDES. Recuperado de http://www.acaoeducativa.org.br/desenvolvimento/wp-content/uploads/2014/11/CDES_Relat%C3%B3rio_de_Observa%C3%A7%C3%A3o_5_2014.pdf
- Cunha, J. A. (2001). *Manual da versão em português das Escalas Beck*. São Paulo: Casa do Psicólogo.
- Cunha, S. S., Miyazaki, M. C. O., Villafanha, D. F., Santos Junior, R., & Domingos, N. A. M. (2014). Psychological assessment of patients undergoing cardiac transplant in a teaching hospital (2004 to 2012). *Revista Brasileira de Cirurgia Cardiovascular*, 29(3), 350-354.
- Dima, A. L., Schweitzer, A. M., Diaconiță, R., Remor, E., & Wanless, R. S. (2013). Adherence to ARV medication in Romanian young adults: Self-reported behavior and psychological barriers. *Psychology, Health & Medicine*, 18(3), 343-354.
- Dowshen, N., Kuhns, L. M., Johnson, A., Holoyda, B. J., & Garofalo, R. (2012). Improving adherence to antiretroviral therapy for youth living with HIV/AIDS: A pilot study using personalized, interactive, daily text message reminders. *Journal of Medical Internet Research*, 14(2), 168-175.
- Driemeier, M., Andrade, S. M. O., Pontes, E. R. J. C., Santiago, A. M. M., & Cunha, R. V. (2012). Vulnerability to AIDS among the elderly in an urban center in central Brazil. *Clinics*, 67, 19-25.
- Durgante, V. L., Budó, M. D. L. D., & Guido L. A. (2014). Mulheres com AIDS: Disponibilidade e satisfação do suporte social. *Ciência, Cuidado e Saúde*, 14(1), 814-821.
- Felício, H. C. C. (2007). *Manual de orientações para pacientes e familiares: Transplante do fígado* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto FAMERP, São José do Rio Preto, São Paulo).
- Fundação Carlos Chagas (2015). *Mulheres brasileiras, educação e trabalho*. Recuperado de <http://www.fcc.org.br/bdmulheres/serie3.php?area=series>
- Ghosn, J., Taiwo, B., Seedat, S., Autran, B., Katlama, C. (2018). HIV. *Lancet*, 392, 685-697
- Grierson, J., Koelmeyer, R. L., Smith, A., & Pitts, M. (2011). Adherence to antiretroviral therapy: Factors independently associated with reported difficulty taking antiretroviral therapy in a national sample of HIV-positive Australians. *HIV Medicine*, 12, 562-569.
- Harris, J., Pillinger, M., Fromstein, D., Gomez, B., Garris, I., Kanetsky, P. A., & Gross, R. (2011). Risk factors for medication non-adherence in an HIV infected population in the Dominican Republic. *AIDS Behavior*, 15(7), 1410-1415.
- Heestermans, T., Browne, J. L., Aitken, S. C., Vervoort, S. C., & Klipstein-Grobusch, K. (2016). Determinants of adherence to antiretroviral therapy among HIV-positive adults in sub-Saharan Africa: A systematic review. *BMJ Glob Health*, 1, 1-13. doi: <http://dx.doi.org/10.1136/bmjgh-2016-000125>
- Hoosain, N. Y. (2016). *Developing predictive models for depression and risk taking behavior among people living with HIV and AIDS (PLWHA): A focus on the construction of the self and implicative dilemmas* (Tese de Doutorado, Faculdade de Ciências Comunitárias e da Saúde, Universidade de Western Cape).
- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. (2015). *São José do Rio Preto: Censo Demográfico 2010 – Características da população*. Rio de Janeiro: IBGE. Recuperado de <http://www.cidades.ibge.gov.br/xtras/temas.php?lang=&codmun=354980&idtema=90&search=>

- sao-paulo|sao-jose-do-rio-preto|censo-demografico-2010:-resultados-da-amostra-caracteristicas-da-populacao-
- Joint United Nations Program on HIV/Aids. (2012). *Treatment 2015*. UNAIDS. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/JC2484_treatment-2015_en_1.pdf
- Khamarko, K., & Myers, J. J. (2013). The influence of social support on the lives of HIV- infected individuals in low-and middle-income countries. *World Health Organization*. Recuperado de <http://apps.who.int/iris/handle/10665/93529>
- Lawler, K., Mosepele, M., Seloilwe, E., Ratcliffe, S., Steele, K., Nthobatsang, R., & Steenhoff, A. (2011). Depression among HIV-positive individuals in Botswana: A behavioral surveillance. *AIDS and Behavior*, 15(1), 204-208.
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento antirretroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 121-133.
- Levensky, E. R. (2006). Adherence to HIV/AIDS treatments. In W. T. O'Donohue & E. R. Levensky (Eds.), *Promoting treatment adherence: A practical handbook for health care providers* (pp. 283-293). London: SAGE.
- Lewis, G., Pelosi, A. J., Araya, R., & Dunn, G. (1992). Measuring psychiatric disorder in the community: A standardized assessment for use by lay interviewers. *Psychological Medicine*, 22(2), 465-486.
- Li, L., Ji, G., Liang, L. J., Ding, Y., Tian, J., & Xiao, Y. (2011). A multilevel intervention for HIV-affected families in China: Together for empowerment activities (TEA). *Social Science and Medicine*, 73(8), 1214-1221.
- Lima, R. T. (2017). *Fatores associados ao abandono do seguimento e tratamento antirretroviral entre pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana acompanhados no centro de referência DST/AIDS de Campinas-SP* (Dissertação de Mestrado, Faculdade de Ciências Médicas da Universidade Estadual de Campinas, Campinas, São Paulo).
- McCoy, K. F. (2012). *Factors associated with antiretroviral therapy non-adherence in older adults with HIV* (Tese de Doutorado, University of Washington). Disponível em: https://digital.lib.washington.edu/researchworks/bitstream/handle/1773/20580/McCoy_washington_0250E_10556.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Medley, A., Bachanas, P., Grillo, M., Hasen, N., & Amanyeiwe, U. (2015). Integrating prevention interventions for people living with HIV into care and treatment programs: A systematic review of the evidence. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 68, 286-296.
- O'Donohue, W. T., & Levensky, E. R. (Eds.). (2006). *Promoting treatment adherence. A practical handbook for health care providers*. London: SAGE.
- Padoin, S. M. M., Zuge, S. S., Santos, E. E. P., Primeira, M. R., Aldrighi, J. D., & Paula, C. C. (2013). Adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS. *Cogitare Enfermagem*, 18(3), 446-51.
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: Desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1), 1201-1208.
- Prado, M. D., & Soares, D. A. (2015). Limites e estratégias de profissionais de saúde na adesão ao tratamento do diabetes: Revisão integrativa. *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(4), 3110-3124. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/5057/505750948031.pdf>

- Prochaska, J. M., Prochaska, J. O., & Johnson, S. S. (2006). Assessing readiness for adherence to treatment. In W. T. O'Donohue & E. R. Levensky (Eds.), *Promoting treatment adherence: A practical handbook for health care providers* (pp. 35-46). London: SAGE.
- Rego, S. E. M., & Rego, D. M. S. (2010). Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: Uma revisão da literatura. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(1), 70-73.
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do "Cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento antirretroviral". *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685-694.
- Romeu, G. A., Tavares, M. M., Carmo, C. P., Magalhães, K. N., Nobre, A. C. L., & Matos, V. C. (2012). Avaliação da adesão a terapia antirretroviral de pacientes portadores de HIV. *Revista Brasileira de Farmácia Hospitalar e Serviços de Saúde*, 3(1), 37-41.
- Scamardi, S. N., Machado, C. M., Freitas, G. M., Maia, I. L., & Miyazaki, M. C. O. S. (2013). Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV+/AIDS: Aspectos psicossociais. *Arquivos Ciência e Saúde*, 20(1), 22-6.
- Schensul, S. L., Ha, T., Schensul, J. J., Vaz, M., Singh, R., Burleson, J. A., & Bryant, K. (2017). The role of alcohol on antiretroviral therapy adherence among persons living with HIV in Urban India. *Journal of Studies on Alcohol and Drugs*, 78(5), 716-724. doi:<http://dx.doi.org/10.15288/jsad.2017.78.716>
- Schuster, R., Bornovalova, M., & Hunt, E. (2012). The influence of depression on the progression of HIV: Direct and indirect effects. *Behavior Modification*, 36(2), 123-145.
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.
- Silveira, M. P. T., Guttier, M. C., Pinheiro, C. A. T., Pereira, T. V. S., Cruzeiro, A. L. S., & Moreira, L. B. (2012). Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 34(2), 162-167.
- Spaan, P., Luenen, S., Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Psychosocial interventions enhance HIV medication adherence: A systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*. Recuperado de <https://journals-sagepub-com.ez58.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/1359105318755545>
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da saúde: Uma abordagem biopsicossocial* (2a ed). Porto Alegre: ARTMED.
- Tapp, C., Milloy, M. J., Zhang, R., Guillemi, S., Hogg, R. S., Montaner, J., & Wood, E. (2011). Female gender predicts lower access and adherence to antiretroviral therapy in a setting of free healthcare. *BMC Infectious Disease*, 6, 11-86.
- Wagner, G. J., Goggin, K., Remien, R. H., Rosen, M. I., Simoni, J., Bangsberg, D. R., & Liu, H. (2011). A closer look at depression and its relationship to HIV antiretroviral adherence. *Annals of Behavioral Medicine*, 42, 352-360.
- Zuge, S. S. (2013). *Fatores relacionados à adesão ao tratamento antirretroviral de adultos com HIV/AIDS* (Dissertação de Mestrado, Universidade Federal de Santa Maria, Rio Grande do Sul).

Recebido: 30/07/2019

Última revisão: 13/02/2020

Aceite final: 21/03/2020

Sobre as autoras:

Gabriela Moreira de Freitas: Mestre em Psicologia e Saúde. Psicóloga. Supervisora do Programa de Aprimoramento em Psicologia da Saúde – Infectologia (FAMERP/FUNFARME). **E-mail:** gabriela.jodas@edu.famerp.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0001-5707-0665>

Fernanda Lavezzo: Especialista em Psicologia da Saúde pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP/FUNFARME), São José do Rio Preto, SP. Psicóloga. **E-mail:** fe_lavezzo@hotmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-3543-9756>

Eliane Maria Fleury Seidl: Doutora em Psicologia pela Universidade de Brasília (UnB). Psicóloga. Professora Associada 4 na Universidade de Brasília. **E-mail:** eliane.seidl@gmail.com, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-1942-5100>

Neide Aparecida Micelli Domingos: Doutora em Psicologia pela Pontifícia Universidade Católica de Campinas. Psicóloga. Professora adjunta na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), em São José do Rio Preto, SP. **E-mail:** micellidomingos@famerp.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-9001-4283>

Maria Cristina de Oliveira Santos Miyazaki: Livre docente pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP). Psicóloga. Professora adjunta na Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (FAMERP), em São José do Rio Preto, SP. **E-mail:** cmiyazaki@famerp.br, **Orcid:** <https://orcid.org/0000-0002-6792-4529>