



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM

TYANE MAYARA FERREIRA DE OLIVEIRA

**INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL E CAPACIDADE FUNCIONAL NA ADESÃO
AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS**

FORTALEZA-CE

2019

TYANE MAYARA FERREIRA DE OLIVEIRA

**INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL E CAPACIDADE FUNCIONAL NA ADESÃO
AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem. Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

Orientadora: Prof^ª. Dr^ª. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

Coorientador: Prof. Dr. Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu.

FORTALEZA-CE

2019

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária

Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

- O52 Oliveira, Tyane Mayara Ferreira de.
INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL E CAPACIDADE FUNCIONAL NA ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS / Tyane Mayara
Ferreira de Oliveira. – 2019.
112 f. : il. color.

Dissertação (mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2019.

Orientação: Profa. Dra. Ana Karina Bezerra Pinheiro.

Coorientação: Prof. Dr. Wilson Jorge Correia Pinto de Abreu.

1. HIV. 2. Adesão ao Tratamento. 3. Suporte social. 4. Atividades Cotidianas. 5. Enfermagem. I. Título.
CDD 610.73

TYANE MAYARA FERREIRA DE OLIVEIRA

INFLUÊNCIA DO SUPORTE SOCIAL E CAPACIDADE FUNCIONAL NA ADESÃO AO
TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL DE PESSOAS COM 50 ANOS OU MAIS

Aprovada em: 29/08/2019

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará como requisito final para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.
Área de concentração: Enfermagem na promoção da saúde.

BANCA EXAMINADORA

Prof^ª. Dr^ª. Ana Karina Bezerra Pinheiro (Orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^ª. Dr^ª. Janaína Fonseca Victor Coutinho (Membro Examinador)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof. Dr. Glauberto da Silva Quirino (Membro Examinador)

Universidade Regional do Cariri (URCA)

Prof^ª. Dr^ª Maria Lúcia Duarte Pereira (Membro Examinador: Suplente)

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

À todas as pessoas que vivem com HIV/aids.

AGRADECIMENTOS

A Deus e Nossa Senhora de Fátima, por renovarem as minhas forças e estarem ao meu lado nos momentos mais difíceis, sempre me mostrando a filha amada que sou. Sem a minha fé nada teria sido possível.

Sou grata especialmente à minha mãe, Tatiana, por me incentivar a ser independente. Ao meu pai, Etelberto e aos meus irmãos, João Pedro e Lucas, por todo o incentivo. Agradeço ao meu animal de estimação, Puma, que na sua doçura e companheirismo se faz importante.

À minha rede social de apoio fora de casa, formada predominantemente por mulheres fortes, determinadas e que me incentivam a ser da mesma forma: Geisa, Cecília, Nayana, Sarah, Caiala, Taís, Débora, Marianne, Isis, Janaína, Andressa e Melissa.

À minha turma do mestrado que tornou mais leve esses anos. Aos amigos do projeto de pesquisa em Saúde Sexual e Reprodutiva, de modo especial aos que me auxiliaram durante a coleta dos dados, Carol Aquino, Tainan, Cícero e Evelyny. Muito obrigada às professoras do nosso projeto, que me motivam a ser uma profissional cada vez melhor: Priscila Aquino, Paula Renata, Régia Barbosa e Samila Ribeiro. Também sou grata às minhas companheiras de pesquisa, Lia, Luana e Gizelly. À Cecília Barreto, pela paciência e contribuição na análise dos dados. À Dra. Raquel Alves por me ajudar a enxergar a importância do autoconhecimento e cuidado com a minha saúde mental.

A todos os participantes da pesquisa, pela oportunidade confiada a mim e por tantos aprendizados trocados durante cada entrevista coletada. Aos funcionários do Hospital São José, pela possibilidade em tornar o projeto real e aos funcionários do Departamento de Enfermagem da UFC.

Às professoras Janaína Victor e Lúcia Duarte e ao professor Glauberto Quirino, por suas contribuições valiosas para o crescimento do trabalho desenvolvido. O meu muito obrigada ao professor Wilson Abreu e sua família, pela acolhida e pelos ensinamentos. À minha orientadora, tão querida, professora Ana Karina, por sua paciência, leveza, orientações e oportunidades. Professora, sempre serei grata.

À Fundação Cearense de Apoio ao Desenvolvimento Científico e Tecnológico (FUNCAP), pela bolsa concedida.

Dedico essa conquista de modo muito especial aos meus bisavós, Geraldo Ferreira da Silva e Maria Carneiro da Silva (*in memoriam*) que sempre serão lembrados com amor e gratidão por mim.

Muito obrigada!

“Acima de tudo ame, como se fosse a única coisa que você sabe fazer. No fim do dia isso tudo não significa nada. Esta página, onde você está, seu diploma, seu emprego, o dinheiro. Nada importa, exceto o amor e a conexão entre as pessoas. Quem você amou e com que profundidade amou. Como você tocou as pessoas à sua volta e quanto se doou a elas.” (KAUR, 2017, p.194).

RESUMO

O estudo objetiva analisar a influência do suporte social e grau de capacidade funcional na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids. Trata-se de uma pesquisa quantitativa, transversal e correlacional com componentes descritivos e analíticos. Foi realizada com 265 pessoas vivendo com HIV/aids, entre os meses de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019, em Hospital de referência em doenças infecciosas em Fortaleza/CE. Os dados foram compilados e analisados no programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0, utilizando-se as técnicas de estatística descritiva, índices agregados para a identificação dos níveis do suporte social, análise de agrupamento, testes de *Kruskal-Wallis*, qui-quadrado e *Fisher*. O projeto foi submetido ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará e da Instituição Hospitalar na qual realizou-se a coleta dos dados, sendo aprovado em ambos. Respeitaram-se os aspectos éticos e legais envolvendo a pesquisa com seres humanos, conforme a resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil. A amostra foi composta, predominantemente, por pacientes na faixa etária entre 50 a 60 anos (77%), do sexo masculino (67,9%), heterossexuais (65,3%), solteiros ou divorciados (58,1%), analfabetos ou com o ensino fundamental incompleto (47,2%), com renda familiar mensal de até um salário mínimo (55,8%) e que moravam sozinhos (33,2%). 82,6% adquiriram o vírus por via sexual, 81,2% apresentaram entre um e 20 anos de infecção, 56,6% utilizavam a Terapia Antirretroviral (TARV) há, pelo menos 11 anos e apresentaram como infecção oportunista mais presente a tuberculose (18,9%). Existiu um aumento entre o número de pacientes com carga viral indetectável entre a primeira (18,9%) e última consulta (66%), assim como a contagem elevada de linfócitos TCD4 na última consulta (51,3%), em contraposição a primeira (15,8%). Verificou-se que as pessoas pesquisadas eram, em sua maioria, aderentes à TARV. A classificação quanto a percepção do suporte social apresentou-se mediana e as principais fontes de suportes relatadas equivaleram aos amigos, seguidos dos profissionais da saúde e os filhos. No tocante a capacidade funcional, considerável porcentagem da amostra classificou-se como independente para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária. A idade, presença de depressão, disponibilidade do suporte social emocional e a capacidade funcional, estiveram estatisticamente relacionadas com a adesão à TARV. Concluiu-se, portanto, que existe relação entre os fatores epidemiológicos, clínicos, de suporte social emocional e da capacidade funcional sobre o processo de adesão à TARV entre as pessoas com 50 anos ou mais.

Palavras-chave: HIV. Adesão ao Tratamento. Suporte social. Atividades Cotidianas. Enfermagem.

ABSTRACT

The study aims to analyze the influence of social support and degree of functional capacity on adherence to antiretroviral treatment of people living with HIV/aids aged 50 or older. It is a quantitative, cross-sectional and correlational research with descriptive and analytical components. It was performed with 265 people living with HIV/aids, from December 2018 to February 2019, in a referral hospital for infectious diseases in Fortaleza/CE. Data were compiled and analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 24.0, using descriptive statistics techniques, aggregated indices for the identification of social support levels, cluster analysis, Kruskal-Wallis, chi-square and Fisher. The project was submitted to the Research Ethics Committee of the Federal University of Ceará and the Hospital Institution where the data collection took place, being approved in both. The ethical and legal aspects involving research with human beings were respected, according to Resolution 466/2012 of the National Health Council of Brazil. The sample consisted predominantly of patients aged 50 to 60 years (77%), male (67.9%), heterosexual (65.3%), single or divorced (58.1%), illiterate or with incomplete elementary school (47.2%), with monthly family income of up to one minimum wage (55.8%) and living alone (33.2%). 82.6% acquired the virus sexually, 81.2% had between one and 20 years of infection, 56.6% had used Antiretroviral Therapy (ART) for at least 11 years, and presented as the most present opportunistic infection tuberculosis (18.9%). There was an increase between the number of patients with undetectable viral load between the first visit (18.9%) and the last visit (66%), as well as the high TCD4 lymphocyte count at the last visit (51.3%), as opposed to first (15.8%). Most of the people surveyed were adherent to ART. The classification regarding the perception of social support was median and the main sources of reported support were friends, followed by health professionals and children. Regarding functional capacity, a considerable percentage of the sample was classified as independent to perform basic and instrumental activities of daily living. Age, presence of depression, availability of emotional social support and functional capacity were statistically related to adherence to ART. It is concluded, therefore, that there is a relationship between epidemiological, clinical, emotional social support and functional capacity factors regarding the process of adherence to ART among people aged 50 years or older.

Keywords: HIV. Treatment Adherence and Compliance. Social Support. Activities of Daily Living. Nurse.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1	– Resultado da busca mediante associação dos descritores utilizados nas bases de dados (Fortaleza/CE, Fev., 2018).....	25
Tabela 2	– Caracterização dos artigos selecionados (Fortaleza/CE, Fev., 2018).....	26
Tabela 3	– Definição das classes de pacientes segundo o nível de Suporte Social. Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	37
Tabela 4	– Caracterização epidemiológica de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	41
Tabela 5	– Caracterização clínica de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	46
Tabela 6	– Internações e doenças oportunistas de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	47
Tabela 7	– Dados laboratoriais de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	48
Tabela 8	– Adesão de pessoas com 50 anos ou mais à terapia antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	50
Tabela 9	– Médias de disponibilidade e satisfação do suporte social instrumental e emocional de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	55
Tabela 10	– Fontes de suporte social instrumental e emocional de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	57
Tabela 11	– Classificação do grau de capacidade funcional (Atividades Básicas de Vida Diária) de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	60
Tabela 12	– Classificação do grau de capacidade funcional (Atividades Instrumentais de Vida Diária) de pacientes idosos vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	60
Tabela 13	– Capacidade funcional (Atividades Básicas de Vida Diária) de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	61

Tabela 14	–	Capacidade funcional (Atividades Instrumentais de Vida Diária) de pacientes idosos vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	63
Tabela 15	–	Associação entre os dados epidemiológicos e clínicos com a adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	65
Tabela 16	–	Associação entre suporte social de pessoas com 50 anos ou mais com HIV/aids e adesão ao tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	71
Tabela 17	–	Associação entre o grau de capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária e adesão à terapia antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	75
Tabela 18	–	Associação entre o grau de capacidade funcional para as atividades instrumentais de vida diária e adesão à terapia antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais (Fortaleza/CE, Jun., 2019).....	75

LISTA DE FIGURAS

Figura 1	–	Índices gerados para o Suporte Social (Fortaleza/CE, Ago., 2019).....	36
----------	---	---	----

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

3TC	Lamivudina
ABVD	Atividades Básicas de Vida Diária
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
AIVD	Atividades Instrumentais de Vida Diária
ARV	Antirretrovirais
AVD	Atividades de Vida Diária
CINAHL	Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature
CV	Carga Viral
DP	Desvio Padrão
DTG	Dolutegravir
ESEP	Escola Superior de Enfermagem do Porto
HAND	Alterações Neurocognitivas Associadas ao HIV
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSJ	Hospital São José de Doenças Infecciosas
IBGE	Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
IDSE	Índice de Disponibilidade do Suporte Social Emocional
IDSI	Índice de Disponibilidade do Suporte Social Instrumental
INI	Inibidor de Integrase
IP/r	Inibidor da Protease com Reforço de Ritonavir
ISE	Índice do Índice Suporte Social Emocional
ISI	Índice do Suporte Social Instrumental
ISSE	Índice de Satisfação do Suporte Social Emocional
ISS	Índice do Suporte Social
ISSI	Índice de Satisfação do Suporte Social Instrumental
IST	Infecções Sexualmente Transmissíveis
ITRN	Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo
ITRNN	Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo
LTCD4	Linfócitos TCD4
LILACS	Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MEDLINE	Medical Literature Analysis and Retrieval System Online
MS	Ministério da Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde

ONUSIDA	Programa Conjunto de Las Naciones Unidas Sobre el HIV/SIDA
OPAS	Organização Pan-Americana da Saúde
PNSPI	Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa
PVHIV	Pessoas que vivem com HIV/aids
QV	Qualidade de Vida
SCIELO	Scientific Electronic Library Online
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SMAQ	Simplified Medication Adherence Questionnaire
SPSS	Statistical Package for the Social Sciences
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TB	Tuberculose
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TDF	Tenofovir
UECE	Universidade Estadual do Ceará
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids
URCA	Universidade Regional do Cariri

LISTA DE SÍMBOLOS

\geq	Maior ou igual a
\leq	Menor ou igual a
%	Frequência
\bar{X}	Média
σ	Desvio padrão

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	17
2	OBJETIVOS.....	23
2.1	Objetivo geral.....	23
2.2	Objetivos específicos.....	23
3	REVISÃO INTEGRATIVA.....	24
4	METODOLOGIA.....	30
4.1	Tipo de estudo.....	30
4.2	Local e período do estudo.....	30
4.3	População e Amostra.....	31
4.4	Crítérios de amostragem.....	32
4.5	Instrumentos e procedimentos para coleta de dados.....	32
4.6	Análise e apresentação dos dados.....	35
4.7	Aspectos éticos e legais.....	39
5	RESULTADOS E DISCUSSÃO.....	40
5.1	Perfil epidemiológico e clínico das pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids.....	40
5.2	Adesão ao tratamento antirretroviral das pessoas com 50 anos ou mais.....	50
5.3	Suporte social e grau de capacidade funcional de pessoas com HIV em tratamento antirretroviral.....	54
5.3.1	<i>Suporte Social</i>	54
5.3.2	<i>Grau de Capacidade Funcional</i>	59
5.4	Associação dos fatores epidemiológicos e clínicos, do suporte social e grau de capacidade funcional com a adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais.....	65
5.4.1	<i>Associação dos dados epidemiológicos e clínicos com a adesão</i>	65
5.4.2	<i>Associação entre o Suporte Social com a adesão</i>	71
5.4.3	<i>Associação entre a Capacidade Funcional com a adesão</i>	75
6	CONCLUSÃO.....	78
	REFERÊNCIAS.....	80
	APÊNDICE A - INSTRUMENTO DE COLETA DA REVISÃO DE LITERATURA.....	92

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	93
ANEXO A - DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE SAÚDE.....	95
ANEXO B - QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO DE ADESÃO À MEDICAÇÃO.....	97
ANEXO C - ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.....	87
ANEXO D – ÍNDICE DE BARTHEL.....	101
ANEXO E - ESCALA DE LAWTON E BRODY.....	102
ANEXO F - CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS.....	103
ANEXO G - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.....	104
ANEXO H - PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS.....	108

1 INTRODUÇÃO

A população global idosa atingiu a marca de 962 milhões em 2017, mais que o dobro quando comparado aos anos 80, quando havia 382 milhões de idosos no mundo. Embora o processo de envelhecimento populacional seja mais avançado na Europa e na América do Norte, as populações de outras regiões também estão envelhecendo. Para o ano de 2050, espera-se que os idosos representem 35% da população na Europa, 28% na América do Norte, 25% na América Latina e no Caribe, 24% na Ásia, 23% na Oceania e 9% na África (ONU, 2017).

O Brasil, assim como alguns países da América Latina e o Caribe, encontra-se em transição demográfica acelerada, realidade que trouxe consequências na estrutura etária da população devido à redução dos níveis de fecundidade, queda da mortalidade em todas as idades e aumento contínuo da longevidade. Esses fatos trouxeram uma maior pressão demográfica para que as políticas sociais estejam voltadas para os adultos e especialmente, os idosos (IBGE, 2015; ONU 2014).

Até 1950, a taxa de fecundidade no Brasil girava em torno de seis filhos por mulher, sendo a representação gráfica da estrutura etária similar a uma pirâmide de base larga e cume estreito representando, respectivamente, elevado número de crianças e jovens e menor proporção de idosos. Nesse período, o direcionamento das políticas sociais estava focado predominantemente para a população jovem (IBGE, 2015). Ademais, sabe-se que as Políticas Públicas de Saúde no Brasil voltadas para a população idosa são recentes, pois apesar de iniciativas do Governo Federal na década de 1970, foi somente em 1994 que houve a instituição de uma política nacional voltada para esse grupo. Antes desse período, as ações governamentais eram voltadas para o cunho caritativo e protetor somente (FERNANDES; SOARES, 2012).

As alterações no estilo de vida com a consequente melhoria das condições de saúde, levaram a população idosa a viver por mais tempo e plenamente, intensificando as relações sociais que acarretaram, entre outras consequências, exposições aos riscos de saúde antes atribuídos aos grupos etários mais jovens. Ademais, o aumento da utilização dos medicamentos para as disfunções eréteis, somado ao estereótipo que relaciona o envelhecimento ao desinteresse pela sexualidade e as ações de educação em saúde sexual ainda incipientes para essa população, contribuem para o aumento da vulnerabilidade na aquisição de Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST), dentre elas, o Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) (HEIDARI, 2016).

Para a realidade brasileira, é definida como idosa a pessoa que possui 60 anos ou mais de idade, mas quando se trata de infecção pelo HIV, são mencionados continuamente como idosos desde o ano de 2006 aqueles com idade igual ou superior a 50 anos (ONUSIDA, 2006).

Até o ano de 2016, viviam no mundo 36,7 milhões de pessoas infectadas por HIV, em que 17% dos adultos eram idosos com idade de 50 anos ou mais. Desde a identificação do primeiro caso da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) no Brasil na década de 1980, a junho de 2018, foram notificados 982.129 casos. Com o passar dos anos, a infecção se constituiu em um fenômeno de grande relevância, passando por mudanças no seu perfil epidemiológico, sendo a população idosa um dos grupos mais vulneráveis (OMS, 2017; BRASIL, 2018).

No Brasil, uma análise da série histórica da epidemia evidencia uma tendência de estabilização na última década na faixa etária de 50 anos ou mais. O Nordeste apresentou entre os anos de 2013 a 2017, nove mil casos de aids ao ano, ultrapassando as outras regiões. No Ceará, sabe-se que o primeiro caso de aids na terceira idade é datado de 1989. Entre os anos de 2008 até 2018, 8.585 casos de infecção por HIV e 10.050 de aids foram notificados. Ressalta-se que a taxa de detecção em adultos aumentou de 1,8 casos a cada 100 mil habitantes em 2008 para 19,6 em 2017 (BRASIL, 2018a; SESA, 2018; SESA, 2005).

Apesar do exposto, a velocidade dessas alterações sociais e demográficas não está sendo acompanhada no âmbito das políticas e serviços de saúde, uma vez que os tabus envolvendo a sexualidade nos indivíduos dessa faixa etária ainda dificultam a abordagem no campo da prevenção e promoção da saúde, aumentando a suscetibilidade. As políticas e os programas de saúde negligenciam as necessidades de saúde sexual e reprodutiva dos idosos, onde os profissionais de saúde apresentam-se frequentemente mal treinados e desconfortáveis para discutir sobre sexo e sexualidade com essa população (HEIDARI, 2016).

Sabe-se que os profissionais de saúde não se atentam para a solicitação da sorologia anti-HIV para os idosos, mesmo na apresentação de sinais e sintomas sugestivos de infecções oportunistas que ocorrem na aids. Além disso, consideram de forma equivocada que esses usuários não têm vida sexual ativa, adiando os questionamentos sobre a saúde sexual apenas para as consultas após a confirmação do diagnóstico. Como consequência, tem-se a confirmação diagnóstica em um estágio mais avançado da doença na população de 50 anos ou mais, em comparação a mais jovem (ALENCAR; CIOSAK, 2016).

Desde 1996 o Ministério da Saúde (MS) vem garantindo o acesso à Terapia Antirretroviral (TARV) a todas as pessoas que vivem com HIV e que tenham indicação de recebê-la, conforme as propostas terapêuticas vigentes. Com o advento da TARV e disponibilização de marcadores biológicos, como CD4 e Carga Viral (CV), a infecção passou de uma sentença de morte inevitável para uma doença crônica gerenciável, uma vez que interfere na multiplicação do vírus, levando ao aumento ou melhora da imunidade e uma

diminuição do valor de CV (BRASIL, 2008a; BRASIL, 2008b).

Atualmente, a terapia inicial deve sempre incluir a combinação de três Antirretrovirais (ARV), sendo dois ITRN/ITRNt (Inibidor da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeo) associados a uma outra classe, como o Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo (ITRNN), Inibidor da Protease com Reforço de Ritonavir (IP/r) ou Inibidor de Integrase (INI). No Brasil, para os casos em início de tratamento, o esquema preferencial equivale a associação de ITRN/ITRNt – Lamivudina (3TC) e Tenofovir (TDF) associados ao INI – Dolutegravir (DTG). Uma exceção a esse esquema é aplicada aos casos de coinfeção Tuberculose-HIV, mulheres com possibilidade de engravidar e gestantes (BRASIL, 2018b).

Tais avanços tecnológicos, somado às opções de vida mais saudáveis e o conceito que os idosos possuem sobre envelhecimento bem-sucedido, contribuíram de forma positiva para a vida das pessoas que vivem com o vírus. Como resultado, tem-se que há mais pessoas do que nunca com 50 anos de idade ou mais vivendo com o HIV/aids atualmente (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015; OMS, 2016a).

Graças a alta taxa de cobertura da TARV em países desenvolvidos, a proporção de adultos que vivem com HIV com 50 anos subiu de 25% em 2010, para 31% em 2016. Nos países de baixa e média renda, onde a cobertura do tratamento é menor, a população de pessoas com 50 anos ou mais aumentou de 12% em 2010 para 15% em 2016. Dessa maneira, tem-se observado um número elevado de casos na população acima de 50 anos de idade, o que pode ser indício de uma nova característica da epidemia, fato que tem instigado os pesquisadores na realização de estudos envolvendo esse público no sentido de compreender essa nova perspectiva (OMS, 2016a; OMS 2017).

A introdução da TARV reduziu a incidência das doenças neurológicas oportunistas em usuários infectados pelo vírus, mas as Alterações Neurocognitivas Associadas ao HIV (HAND) permanecem com prevalência notável, configurando-se como uma deterioração do funcionamento cognitivo e redução da atividade mental, as quais interferem nas atividades de trabalho, funcionamento doméstico e social dos usuários acometidos. A sua classificação é proveniente de duas variáveis: Avaliação neuropsicológica e avaliação do impacto da doença nas Atividades da Vida Diária (AVD) (BRASIL, 2017; TSEGAW *et al.*, 2017).

A HAND causa comprometimento neurocognitivo relatado e *déficits* cognitivos em até 99% em usuários sintomáticos e 33% em casos não sintomáticos, levando a diminuição da qualidade de vida, com redução da capacidade de realizar AVD, baixa adesão à medicação e menor tempo de sobrevivência. Fatos ainda relatados de forma incipiente na literatura, pois não

está claro, por exemplo, se a infecção causa um envelhecimento acelerado ou é um fator de risco que eleva a chance do desenvolvimento de comorbidades como o declínio funcional (SOLOMON *et al.*, 2014; TSEGAW *et al.*, 2017).

As habilidades para executar AVD são um complemento importante na avaliação cognitiva e sua redução pode representar um indicativo de demência, sendo o comprometimento cognitivo clinicamente significativo quando afeta o funcionamento dessas atividades. Danos nestes domínios cognitivos podem levar os usuários portadores do HIV a apresentar dificuldades importantes na administração da medicação, bem como incluir o tratamento com antirretrovirais como parte das suas atividades diárias (CHRISTO, 2010).

No Brasil, é recomendado o rastreio das alterações cognitivas no momento do diagnóstico da infecção pelo HIV, antes do início da TARV e depois, anualmente. Mas em usuários com fatores de risco para HAND, a triagem pode ser realizada em intervalos de seis meses. Dentre os fatores de risco, destaca-se a idade superior a 50 anos, hipertensão e baixa escolaridade (BRASIL, 2017).

Sugere-se que durante a consulta ao usuário idoso com HIV/aids, os profissionais de saúde sejam capazes de evidenciar aspectos da vulnerabilidade individual, social e programática, o que facilitaria a possibilidade de levantar as necessidades individuais desse grupo, influenciando no processo de adesão a TARV. A combinação de vários instrumentos simples para a avaliação do comprometimento cognitivo tem sido proposta para aumentar a sensibilidade e especificidade do diagnóstico da HAND (ALENCAR; CIOSAK, 2016; PINHEIRO *et al.*, 2016).

Nesse contexto, a avaliação funcional, preconizada pela Política Nacional de Saúde da Pessoa Idosa (PNSPI), aparece como uma tentativa sistematizada importante para a indicação de um diagnóstico, prognóstico e julgamento clínico adequado, dando subsídios para as providências sobre os possíveis tratamentos e cuidados necessários. Ela determina não apenas o comprometimento funcional do idoso, mas sua necessidade de auxílio (BRASIL, 2007a).

A capacidade funcional, portanto, é um novo paradigma de saúde, sendo definida como a avaliação do potencial que a pessoa idosa tem para efetuar uma atividade, decidindo e atuando em suas vidas de forma independente. Essa capacidade envolve dois tipos de atividades: Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD) e Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) (BRASIL, 2007a; BARBOSA *et al.*, 2014).

As ABVD incluem atividades como alimentar-se, vestir-se, tomar banho, usar o sanitário, transferir-se da cama para uma cadeira e caminhar em um cômodo do mesmo andar.

As AIVD, por sua vez, compreendem atividades mais complexas e indicadoras da capacidade que o idoso possui em levar uma vida independente na comunidade, compreendendo a execução de tarefas domésticas, realização de compras, administração as próprias medicações, entre outras (CESAR *et al.*, 2015).

Em face desses fatores, a adesão ao tratamento se destaca também como um dos maiores desafios da atenção pelos profissionais da saúde às pessoas vivendo com HIV/aids, pois requer dos usuários mudanças comportamentais, dietéticas e o uso de vários medicamentos por toda a vida. Além disso, exige por parte dos serviços, novos arranjos e ofertas de atividades inerentes em adesão (BRASIL, 2008a).

Adesão é um método colaborativo que favorece a aceitação e a incorporação do regime terapêutico na rotina das pessoas em tratamento, antevendo a participação das mesmas nas decisões sobre ele. A adesão TARV é um processo dinâmico e influenciado pelo cenário de vida sociocultural, assim como a condição do relacionamento entre o usuário e equipe de saúde, visando alcançar o sucesso da terapia. Dentre os fatores que prejudicam essa adesão, destaca-se a fragilidade ou ausência de suporte social afetivo, do mesmo modo que a percepção por parte da pessoa de que esse apoio é deficiente (BRASIL, 2008a).

Suporte social, por sua vez, é definido como as ações que assistem as pessoas no enfrentamento das dificuldades ou em contextos de estresse. As suas primeiras definições surgiram na literatura na década de 1970, quando os pesquisadores Cassel e Cobb criaram as bases para a sua conceitualização, buscando compreender como o suporte social pode ser um fator protetor de danos à saúde física e mental quando se faz presente, ou como um fator de aumento da vulnerabilidade a doenças quando ofertado de maneira inconsistente (BRASIL, 2008a; CASSEL, 1976; COBB, 1976; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Os estudos sobre suporte social são divididos em duas categorias, a saber: Estruturais e funcionais, sendo essa última subdividida ainda em instrumental ou operacional e emocional ou de estima. O instrumental refere-se à disponibilização de ajuda que auxilie a pessoa no manejo ou resolução de situações práticas ou operacionais do cotidiano, como apoio material ou financeiro. O emocional ou de estima, por sua vez, equivale ao apoio em forma de a escuta ou companhia, por exemplo. Os dois conceitos fazem com que a pessoa se sinta cuidada e pertencente a uma rede social (SEIDL; TRÓCCOLI, 2006). Partindo-se do pressuposto de que o nível de adesão em tratamentos de condições crônicas é influenciado por fatores diversos, o presente estudo baseia-se, dentre outras, na hipótese de que além das questões relacionadas à patologia e ao tratamento, as situações de caráter familiar, social e emocional podem influenciar na adesão a TARV.

Verifica-se na literatura a existência de um efeito em curso do HIV/aids entre os usuários mais velhos, no entanto, são reduzidos os dados que dizem respeito diretamente à questão da possível soma entre as possibilidades de complicações neuropsiquiátricas, lesões da memória e da cognição motora e funcional (CRUZ; RAMOS, 2012).

A necessidade de se compreender melhor a relação entre suporte social e grau de capacidade funcional foi ratificada por revisão integrativa realizada pela pesquisadora do presente estudo. Em janeiro e fevereiro de 2018, realizou-se um levantamento nas bases de dados Scopus, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Cochrane, utilizando os descritores *aged*, *social support* e *activities of daily living* com HIV/aids. Obteve-se a uma amostra final de somente seis artigos, destacando-se que em nenhum deles foi identificada a possível relação entre o suporte social e grau de capacidade funcional com o desfecho da adesão a TARV.

Diante do exposto, surgiu o seguinte questionamento: Qual a influência do suporte social e grau de capacidade funcional na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais?

Ao compreender as possíveis relações existentes entre essas variáveis, amplia-se o conhecimento das necessidades de saúde dos idosos com HIV/aids de modo que a equipe de enfermagem poderá promover a reorientação de suas práticas, obtendo subsídios para a implantação de programas e planejamento de estratégias de atendimento e intervenções adequadas à realidade desse grupo populacional. Ademais, o estudo poderá derivar outras pesquisas que testem intervenções específicas para a promoção da adesão ao tratamento, melhorando a qualidade da assistência e construindo evidências científicas para a prática de enfermagem na promoção da saúde de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

- Analisar a influência do suporte social e grau de capacidade funcional na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais.

2.2 Objetivos Específicos

- Descrever o perfil clínico e epidemiológico das pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids atendidas em unidade de referência de Fortaleza/Ceará;
- Determinar a adesão ao tratamento antirretroviral das pessoas com 50 anos ou mais com HIV/aids;
- Verificar o suporte social e grau de capacidade funcional de pessoas com HIV em tratamento antirretroviral;
- Correlacionar os fatores clínicos, epidemiológicos, de suporte social e grau de capacidade funcional com a adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais.

3 REVISÃO INTEGRATIVA

Realizou-se uma revisão na literatura sobre a relação entre o grau de capacidade funcional e o suporte social de pessoas com 50 anos ou mais com HIV/aids. Escolheu-se pelo método da revisão integrativa, cuja finalidade é reunir e sintetizar os resultados de pesquisas sobre determinada temática de maneira sistemática e ordenada, tornando-se, assim, uma ferramenta de estudo e atualização importante a ser utilizada por enfermeiros (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

A revisão seguiu as seguintes etapas: Estabelecimento da hipótese e dos critérios de inclusão e exclusão de artigos, definição das informações a serem extraídas dos artigos selecionados, avaliação dos estudos, interpretação dos resultados e apresentação da revisão (MENDES; SILVEIRA; GALVÃO, 2008).

O levantamento bibliográfico ocorreu nos meses de janeiro e fevereiro de 2018, tendo como embasamento o problema formulado sobre quais seriam as evidências científicas sobre a possível influência entre o grau de capacidade funcional e suporte social em pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids.

Para a busca e seleção dos artigos foram utilizadas as bases de dados Scopus, *Scientific Electronic Library Online* (SciELO), *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE), *Cumulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), Literatura Latino-americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS) e Biblioteca Cochrane.

Foram aplicados os descritores DeCS/MeSH HIV com o operador booleano “or” aids, primeiramente associando-os com com o operador “and” entre os descritores *aged*, *social support* e *activities of daily living*. Enfatiza-se que nas bases de dados onde não foram encontrados os resultados dessa primeira combinação de descritores, utilizou-se outra combinação: HIV “or” aids com o operador booleano “and” entre *social support* e *activities of daily living*.

Foram considerados elegíveis os artigos originais e aqueles que responderam a questão norteadora, estavam nos idiomas português, inglês ou espanhol, com publicação completa e resumos disponíveis e indexados nas bases de dados. Foram excluídos aqueles que não abordaram a temática proposta como objetivo da revisão, assim como os duplicados, estudos reflexivos, relatos de casos informais, dissertações e teses.

Tabela 1 – Resultado da busca mediante associação dos descritores utilizados nas bases de dados (Fortaleza/CE, Fev., 2018)

Bases de dados	Total da busca	Seleção por título	Seleção por resumo	Seleção por texto completo	Total selecionados
Cinahl	00	00	00	00	00
Cochrane	123	03	02	00	05
Lilacs	03	00	00	00	00
Medline	05	00	00	00	00
Scielo	26	00	00	03	03
Scopus	93	00	00	02	02

Fonte: Elaborado pela autora

Durante a etapa de avaliação dos artigos, com leitura dos textos na íntegra dos dez previamente selecionados, quatro foram excluídos por não estarem de acordo com os critérios de inclusão da busca, totalizando amostra final de seis artigos. Dentre aqueles selecionados realizou-se o preenchimento de um instrumento com as seguintes informações: autores, ano de publicação, título do periódico, objetivos, tipo de estudo e nível de evidência, método e população e, por fim, os resultados encontrados (APÊNDICE A).

Foram levados em consideração sete níveis de evidência, a saber: Nível 1, decorreram as evidências científicas apresentadas em revisão sistemática ou metanálise de ensaios clínicos randomizados controlados; Nível 2, equivaleram aos estudos de ensaio clínico randomizado controlado; Nível 3 referiram-se às evidências de ensaios clínicos não randomizados; Nível 4, foram as evidências de estudos de coorte e de caso controle; Nível 5, corresponderam aos artigos com evidências de revisões sistemáticas de estudos descritivos e qualitativos; Nível 6, foram as evidências de um único estudo descritivo ou qualitativo e, finalmente, o nível 7 correspondeu as evidências científicas de opinião de autoridades e/ou relatórios de comitês de especialistas (MELNYK; FINEOUT-OVERHOLT, 2005).

Na Tabela 2 estão descritas as características dos artigos, sendo possível observar que os anos de publicação variaram entre 2005 e 2016, sendo dois publicados no ano de 2016, um em 2005, 2013, 2014 e 2015, respectivamente. Quanto ao delineamento metodológico, a amostra final dos artigos foi caracterizada com nível de evidência 6. No tocante ao local de realização das pesquisas, três ocorreram no Brasil, dois nos EUA e um no Canadá. Para facilitar a identificação e apresentação dos resultados, os artigos foram identificados por sequência numérica de M1 a M6.

Tabela 2 – Características dos artigos selecionados (Fortaleza/CE, Fev., 2018)

Autores/Ano	Título	Revista	Local	Tipo de estudo/Método
SEIDL; ZANNON; TRÓCOLLI, 2005; M1.	Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, Suporte Social e Qualidade de Vida.	Psicol. Reflex. Crit. [online].	Brasil (DF)	Descritivo, transversal e quantitativo.
SLATER <i>et al.</i> , 2013; M2.	Support, Stigma, Health, Coping, and Quality of Life in Older Gay Men With HIV.	Journal of the association of nurses in aids care.	EUA	Transversal e observacional.
SOLOMON <i>et al.</i> , 2014; M3.	Aging with HIV: A Model of Disability.	Journal of the International Association of Providers of AIDS Care.	Canadá	Qualitativo, enraizado na teoria fundamentada construtivista.
CRUZ; RAMOS, 2015; M4.	Limitações funcionais e incapacidades de idosos com Síndrome de Imunodeficiência Adquirida.	Acta Paul Enferm.	Brasil (SP)	Descritivo, baseado em inquérito epidemiológico observacional com abordagem quantitativa.
JOHN <i>et al.</i> , 2016; M5.	Geriatric Assessments and Association With VACS Index Among HIV-Infected Older Adults in San Francisco.	J Acquir Immune Defic Syndr.	EUA (SF)	Descritivo, transversal e quantitativo.
PEDROSA <i>et al.</i> , 2016; M6.	Suporte social de pessoas que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida.	Texto Contexto Enferm.	Brasil (CE)	Descritivo, transversal e quantitativo.

Fonte: Elaborado pela autora

Destaca-se que não foram identificados artigos que tratassem exatamente do objetivo da busca da presente revisão, ou seja, periódicos que relacionassem o suporte social e capacidade funcional de usuários que vivem com HIV/aids com idade de 50 anos ou mais. No entanto, segue a descrição dos resultados dos artigos selecionados conforme a combinação de descritores controlados e operadores booleanos.

No artigo M1, cujo objetivo foi testar um modelo sobre as relações entre qualidade de vida, condição clínica, escolaridade, situação conjugal, enfrentamento e suporte social em pessoas soropositivas para o HIV, a idade dos usuários variou de 20 a 64 anos. Quanto aos

resultados encontrados, identificou-se que o suporte social, os indicadores e a distribuição dos escores referentes ao suporte emocional e instrumental, indicaram que a maior parte dos participantes relatou disponibilidade e satisfação com essas modalidades de apoio. Ademais, verificou-se associação positiva significativa entre essas duas modalidades de suporte social. Foram investigadas também as associações do suporte social com escolaridade, situação conjugal e condição clínica, onde aqueles usuários com escolaridade elevada ou que viviam com parceiro (a) apresentaram maiores médias nessa modalidade de suporte. Quanto ao suporte instrumental, verificou-se diferença significativa apenas em relação à situação conjugal, com a média mais alta entre os usuários que afirmaram viver com parceiro (a) (SEIDL; ZANNON; TRÓCOLLI, 2005).

O artigo M2 apresentou como objetivos explorar as relações de idade, raça, *status* socioeconômico, apoio social, estigma social e a forma lidar com a Qualidade de Vida (QV) em homens com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids e identificar os melhores preditores de QV entre o conjunto de variáveis antecedentes (idade, raça, saúde, *status* socioeconômico e apoio social), variáveis de avaliação cognitiva (estigma social) e variáveis de enfrentamento. A média de idade dos usuários foi de 54,6 anos, variando de 50 a 65. A identificação do suporte emocional apresentou-se como a única variável de suporte social que foi considerado um importante preditor de QV e todos os quatro tipos de apoio social (suporte emocional/informatório, suporte tangível, interação positiva, carinho), suporte disponível e satisfação com o suporte foram associados positivamente e significativamente com QV (SLATER *et al.*, 2013).

O artigo M3 objetivou desenvolver um modelo teórico que descrevesse a deficiência experimentada por idosos que vivem com HIV. Os autores exploraram o impacto de viver com uma doença crônica e episódica, na perspectiva dos idosos através de uma lente de incapacidade, onde o foco apresentado estava no destaque aos desafios de saúde especificamente atribuídos à idade mais avançada ou ao envelhecimento com o HIV. Participaram desse estudo qualitativo 49 usuários com idade igual ou superior a 50 anos. Os participantes descreveram os apoios sociais de diversas maneiras, alguns tinham necessidades muito práticas relacionadas à preparação de alimentos e ao transporte, por exemplo, as quais eram atendidas por familiares ou amigos. Enquanto outros dependiam de organizações de serviços de aids. Ainda estiveram presentes aqueles que afirmaram que o apoio emocional recebido de outros era mais importante para manter uma atitude positiva (SOLOMON *et al.*, 2014).

Os participantes do estudo M3 relataram que os parceiros forneciam apoio social fundamental. Aqueles que não tinham parceiros achavam que, à medida que estavam envelhecendo, as oportunidades de desenvolvimento de relacionamentos íntimos decaíam, sendo referida a preocupação com o isolamento social (SOLOMON *et al.*, 2014).

Para alguns, os membros da família eram uma importante fonte de apoio social, enquanto outros estavam afastados de suas famílias por muitos anos, pois foram rejeitados ou no momento que divulgaram sua orientação sexual ou porque sua situação familiar era precária. Algumas mulheres, por sua vez, descobriram que ao invés de receber apoio de suas famílias, eram elas que tinham que prestar apoio, especialmente aos pais idosos. Por fim, os usuários reconheceram a necessidade de suporte social e entenderam a importância de que ele seja de qualidade (SOLOMON *et al.*, 2014).

O artigo M4 avaliou a capacidade funcional de idosos que vivem com HIV/aids por meio da função cognitiva, da saúde mental/humor e da execução das ABVD e AIVD, identificou que 61,26% não referiram nenhuma dificuldade para executar as AVD, 16,5% referiram alguma dificuldade para executar de uma a três, 9,1%, entre quatro a seis, e 12,7% referiram alguma dificuldade para executar sete ou mais atividades (CRUZ; RAMOS, 2015).

O artigo M5 realizou uma avaliação abrangente da saúde física, cognitiva, psicológica, social e comportamental em uma amostra de adultos idosos, com idade a partir de 50 anos, HIV positivos e no contexto clínico ambulatorial. A idade média dos participantes foi de 56 anos, sendo realizada uma divisão das idades em dois grupos: 50 a 59 e 60 anos ou mais. Metade dos usuários relatou baixo suporte social. No tocante à capacidade funcional, as AVD foram semelhantes nos dois grupos. Da mesma forma, os usuários do grupo etário mais velho também relataram melhor adesão à TARV (JOHN *et al.*, 2016).

Apesar de os usuários com 60 anos ou mais relatarem “boa” qualidade de vida relacionada à saúde, quantidade menor relatou qualidade de vida “muito boa” ou “excelente” quando comparados ao grupo etário de 50 a 59 anos. Ademais, observou-se grande carga de *déficits* clínicos em idosos infectados pelo HIV em vários domínios, incluindo deficiência funcional, quedas, depressão e isolamento social (JOHN *et al.*, 2016).

O artigo M6 também avaliou o suporte social de pessoas vivendo com aids e analisou as fontes de suporte instrumental e emocional dos participantes, cujas idades variaram de 18 a 78 anos. Constatou-se que a maior parte dos participantes relatou disponibilidade e satisfação com ambas as modalidades de suporte. As principais fontes de apoio de suporte social instrumental foram os familiares externos ao ambiente doméstico (56,3%), amigos (52,1%), os familiares que residem no mesmo domicílio (35,8%) e o cônjuge/companheiro (34,9%)

(PEDROSA *et al.*, 2016).

Por fim, ainda em relação ao artigo M6, as principais fontes de apoio do suporte emocional referidas, foram os amigos (63,7%), o cônjuge/companheiro (33,5%), os familiares que residem no mesmo domicílio (33,5%) ou que não residem (51,6%). Para ambas as dimensões de suporte social, a relação de confiança e o vínculo estabelecido pela pessoa que vive com aids pareceu indicar a disponibilidade e satisfação com o apoio recebido. A partir dos dados descritivos da escala, observou-se a baixa frequência de apoio recebido pelos vizinhos, chefe, colegas de trabalho e profissionais da saúde. Destaca-se que uma das perguntas do instrumento questionava o quanto a pessoa estava recebendo apoio de alguém que pudesse lhe oferecer informações e melhorasse o nível de conhecimento sobre o problema de saúde vivenciado e os profissionais de saúde foram pouco referidos (PEDROSA *et al.*, 2016).

Conclui-se que a maior parte dos estudos (5) relatou sobre o suporte social funcional e suas respectivas categorias, em que o suporte ofertado principalmente por familiares e seus parceiros foram enfatizados como de fundamental importância no decurso entre o diagnóstico, tratamento e enfrentamento. O oposto, por sua vez, também foi verificado, pois um artigo trouxe a relação entre o isolamento social e *déficits* clínicos. Um relatou sobre a capacidade funcional dos idosos com HIV/aids, destacando a relevância da avaliação com esse público, em especial, uma vez que a maioria das pesquisas gerontológicas não incluem especificamente os idosos infectados.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de Estudo

A pesquisa é parte integrante do projeto intitulado “Pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids no estado do Ceará: análise geoespacial, aspectos clínicos, imunológicos e estratégias de intervenção”, o qual enquadra-se em outro projeto de maiores proporções (NEURHIV), envolvendo a Universidade Federal do Ceará (UFC), Universidade Estadual do Ceará (UECE), Universidade Regional do Cariri (URCA) e Escola Superior de Enfermagem do Porto (ESEP). Estudo semelhante ao presente foi realizado em Portugal e, futuramente, poderão ser realizadas pesquisas comparativas entre os dados dos dois países.

Trata-se de um estudo quantitativo, transversal e correlacional com componentes descritivos e analíticos. Na abordagem quantitativa, os pesquisadores passam de um ponto inicial (proposição da questão) ao ponto final (obtenção de uma resposta) utilizando uma sequência de etapas regulares e lineares. Os dados de estudo são reunidos de maneira sistemática, utilizando instrumentos formais de coleta de dados e comumente as informações coletadas são quantitativas, ou seja, resultam em algum tipo de medição formal e são analisados por procedimentos estatísticos (POLIT; BECK, 2019).

Os estudos transversais possuem todas as medições feitas em um único momento ou durante um curto período de tempo. Esse delineamento é útil quando se quer descrever variáveis e seus padrões de distribuição, trazendo a vantagem de poupar tempo, recursos financeiros e abandonos, comuns em estudo de seguimento (HULLEY *et al.*, 2015).

Correlação, por sua vez, é uma associação entre duas variáveis, ou seja, uma tendência de oscilação em uma das variáveis está relacionada com uma variação na outra. A correlação é verificada por análises estatísticas. Na pesquisa correlacional, os investigadores não controlam a variável independente, que, com frequência, já ocorreu. Quanto aos componentes descritivos e analíticos, sabe-se que os estudos descritivos são normalmente acompanhados pelos analíticos, que avaliam as associações para realizar inferências sobre relações de causa-efeito (HULLEY *et al.*, 2015; POLIT; BECK, 2019).

4.2 Local e Período do Estudo

A coleta dos dados aconteceu nas dependências do serviço ambulatorial do Hospital São José de Doenças Infecciosas (HSJ), entre os meses de dezembro de 2018 a fevereiro de 2019.

O referido Hospital é integrante do Sistema Único de Saúde (SUS), foi inaugurado

há 49 anos e segue como referência no atendimento em doenças infecciosas no Estado do Ceará. No início da década de 1980, com o advento da aids, o HSJ acolheu esse público e, por muitos anos, foi se consolidando como a principal Unidade de Saúde a atender pessoas soropositivas para o HIV no Ceará (HSJ, 2019).

Atualmente possui 120 leitos, oito leitos de Unidade de Terapia Intensiva (UTI), programa de atendimento domiciliar e serviços ambulatoriais para HIV/aids, tuberculose, ginecologia, hepatites, dermatologia, neurologia, psiquiatria, IST, odontologia, leishmaniose, infecções por fungos, dentre outros.

4.3 População e Amostra

A população do estudo correspondeu ao universo de pessoas com 50 anos ou mais, vivendo com HIV/aids e acompanhadas no ambulatório do HSJ em 2017, totalizando 2.299 pessoas. Esse quantitativo foi o escolhido, pois correspondeu ao ano que antecedeu à data de submissão do projeto para apreciação pelo Comitê de Ética em Pesquisa das Instituições. Para o cálculo da amostra, utilizou-se a fórmula para estudos com populações finitas, descrita a seguir:

$$n = \frac{\sigma^2 \cdot p \cdot q \cdot N}{e^2 (N-1) + \sigma^2 \cdot p \cdot q}$$

Onde:

n = Tamanho da amostra

σ = Nível de confiança escolhido, expresso em números de desvio padrão

p = Porcentagem com a qual o fenômeno se verifica

q = Porcentagem complementar (100-p)

e = Erro máximo permitido

N = Tamanho da população

O nível de confiança escolhido para o estudo foi de 0,5, que expresso em números de desvio padrão possui o valor de 1,96. A porcentagem com a qual o fenômeno se verifica e a porcentagem complementar foram calculadas de acordo com os dados de uma pesquisa realizada em São Paulo por Cruz e Ramos (2015), com 142 idosos vivendo com HIV, cuja prevalência de adesão a TARV correspondeu a 82,3%. Por fim, o erro máximo permitido foi 5%:

$$n = \frac{(1,96)^2 \cdot (0,823) \cdot (0,177) \cdot 2299}{(0,05)^2 \cdot (2.299-1) + (1,96)^2 \cdot (0,823) \cdot (0,177)} = 204$$

Estimou-se, portanto, uma amostra de 204 pacientes obtida por conveniência, uma vez que ela foi composta por indivíduos que atenderam aos critérios de inclusão e foram de fácil acesso a pesquisadora durante a coleta dos dados. Essa amostragem compreende como sugere sua denominação, na participação das pessoas disponíveis e está inserida na categoria de planos de amostragem não probabilísticos (HULLEY *et al.*, 2015; POLIT; BECK, 2019). Coletou-se 266 pacientes, mas houve a exclusão de um instrumento pois o mesmo estava com as informações sobre adesão registrada de maneira incompleta. Ao final, portanto, a amostra correspondeu a um total de 265 pacientes.

4.4 Critérios de amostragem

Com vistas à seleção dos participantes no estudo, foram incluídos aqueles com 50 anos ou mais, diagnosticados com HIV, em uso de TARV e acompanhados no ambulatório do HSJ. Ressalta-se que o tempo de uso da TARV deveria ser de, pelo menos, três meses, uma vez que o formulário utilizado na coleta dos dados para verificar a adesão possui em sua questão seis esse período mínimo.

Como critérios de exclusão, definiram-se os que seguem: usuários cujas condições neurológicas e/ou cognitivas previamente diagnosticadas, assim como alterações de articulação de fala ou deficiência auditiva, viessem a impedi-los de responder aos formulários do estudo.

4.5 Instrumentos e procedimentos para coleta de dados

Os instrumentos de coleta dos dados utilizados foram preparados para leitura ótica e, após a conclusão da coleta, foram identificados, transcritos e organizados em *Software* específico para o sistema na ESEP.

Um formulário compilado na ESEP, enviado à pesquisadora e composto de cinco partes foi utilizado para a coleta, a saber: dados epidemiológicos, clínicos e de saúde relacionados à infecção por HIV (ANEXO A), Questionário Simplificado de Adesão à Medicação (SMAQ) (ANEXO B), Escala de Suporte Social para Pessoas Portadoras de HIV/aids (ANEXO C) e o Índice de Barthel (ANEXO D). Por fim, a Escala de Lawton e Brody foi aplicada para avaliar as AIVD, sendo que a mesma não passou pelo processo de leitura ótica, visto que não foi aplicada pelos pesquisadores da ESEP (ANEXO E).

O SMAQ, criado para medir a adesão à TARV, foi desenvolvido com base no

questionário de Morisky, Green e Levine (1986). Em 2002, Knobel *et al.* validaram esse questionário após aplicação em 3.004 pacientes, concluindo que este é capaz de avaliar a adesão à TARV em pacientes com HIV, uma vez que apresenta consistência interna entre as questões, baixo custo, fácil aplicação e seus escores possuem forte correlação com a situação de virologia dos avaliados. No Brasil, ele foi traduzido e adaptado em 2016 (KNOBEL *et al.*, 2002; GÓES, 2016).

O referido questionário possui seis questões, sendo a avaliação do resultado efetuada a partir das respostas mencionadas pelo participante, que será considerado não aderente quando responder “sim” para as questões 1, 2, 3 e 5 ou quando afirmar ter “deixado de tomar os medicamentos mais de duas vezes na semana passada” (pergunta 4) ou se declarar “não ter tomado mais de dois dias nos três últimos meses” (pergunta 6) (Knobel *et al.*, 2002).

O instrumento equivalente a Escala de Suporte Social para Pessoas que Vivem com HIV/aids, cuja estrutura foi analisada e validada no Brasil a partir da adaptação ao instrumento canadense original, é específico para pessoas que vivem com o HIV/aids, sendo composto por 22 itens com respostas do tipo *Likert* de cinco pontos que relacionam a frequência e a satisfação com os respectivos suportes. Escores elevados indicam uma maior percepção de disponibilidade e satisfação com o suporte social recebido pelos participantes (RENEWICK; HALPEN, 1999; SEIDL; TRÓCCOLI, 2006).

Os estudos sobre suporte social são divididos em duas categorias (estruturais e funcionais) em que a categoria funcional é subdividida em duas partes (instrumental e emocional), sendo cada uma dessas partes constituída por quatro subescalas, a saber: disponibilidade do suporte social instrumental e emocional; e satisfação com o suporte social instrumental e emocional. Em um primeiro momento é avaliada a frequência do suporte (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente, 5 = sempre) e, em um segundo, a satisfação (1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito, 3 = nem satisfeito nem insatisfeito, 4 = satisfeito, 5 = muito satisfeito).

Vale salientar que ao término das questões de cada escala (instrumental e emocional), o instrumento procura ainda captar as fontes de suporte social recebidas pelo entrevistado. Para tal, é apresentado um quadro no qual estão contidas oito categorias: a) marido, esposo (a), companheiro (a) ou namorado (a); b) pessoas da família que moram com o entrevistado (a); c) pessoas da família que não moram com o entrevistado (a); d) amigos; e) chefes ou colegas de trabalho; f) vizinhos ou colegas de trabalho; g) profissionais de saúde; h) outras pessoas.

O Índice de Barthel é amplamente utilizado no mundo para a avaliação da

independência funcional e mobilidade. Ele pertence ao campo de avaliação das AVD, medindo o grau de assistência exigido pelo paciente no cuidado pessoal, mobilidade, locomoção e eliminações. Cada item é pontuado conforme o desempenho da pessoa avaliada em realizar as atividades de forma independente, com alguma ajuda ou dependente. São atribuídos pontos em cada categoria, a depender do tempo e da assistência exigida (MAHONEY; BARTHEL, 1965; MCDOWELL, 1996; MINOSSO *et al.*, 2010).

O referido instrumento avalia dez tarefas: alimentação, vestuário, banho, higiene pessoal, uso do vaso sanitário, eliminações intestinais, eliminações vesicais, subir escadas, passagem cadeira-cama e deambulação. Cada item é pontuado conforme o desempenho do paciente em realizar as atividades de forma independente, com alguma ajuda ou de forma dependente. A pontuação, por sua vez, varia entre 0 a 100, dividida em intervalos de cinco pontos (0-10, 0-5 ou 0-15, a depender da tarefa) em que as pontuações mais elevadas indicam maior independência. Ressalta-se que estudo de validação realizado previamente revelou achados que permitem recomendar a utilização do Índice de Barthel para a avaliação funcional de idosos atendidos em ambulatórios no Brasil (MINOSSO *et al.*, 2010).

Dessa forma, seguiu-se a seguinte interpretação das pontuações: 0-20 (dependência total), 21-60 (dependência severa), 61-90 (dependência moderada), 91-99 (dependência leve) e 100 pontos (independência) (MINOSSO *et al.*, 2010).

A Escala de Lawton e Brody foi utilizada para avaliar as AIVD (ANEXO D), sendo composta por nove itens pontuados de um a três e totalizando 27 pontos. As pontuações de cada item equivalem as que seguem: 1 ponto (não consegue realizar a atividade proposta no respectivo item), 2 pontos (realiza a atividade com ajuda parcial) e 3 pontos (executa a atividade sem ajuda). De acordo com a pontuação, o grau de dependência dos idosos classificou-se da seguinte forma: maior que 22 pontos (independentes), entre 14-22 (semidependentes) e 9-13 pontos (dependentes) (LAWTON; BRODY, 1969; LAWTON *et al.*, 1982; CÉSAR *et al.*, 2015; PINTO *et al.*, 2016).

A coleta dos dados realizou-se de forma privativa e individualmente com os usuários, por dois bolsistas de graduação e cinco estudantes de pós-graduação (incluindo a pesquisadora), previamente treinados para a coleta correta e padrão dos dados nos respectivos formulários. A aplicação dos formulários era realizada durante a espera das consultas ou na saída destas.

A segunda etapa da pesquisa correspondeu à coleta das seguintes informações nos prontuários dos usuários coletados: tipo de vírus (HIV-1, HIV-2 ou HIV-1 e 2), valores de CV e linfócitos TCD4 (LTCD4) da primeira e última consulta, respectivamente. Ressalta-se que

essas perguntas, conforme sugerido no respectivo formulário (ANEXO A: questões 9, 17 e 18), foram realizadas previamente aos pacientes durante a coleta dos dados, mas os mesmos não souberam respondê-las. Essa etapa, por sua vez, realizou-se conforme as normas do HSJ, onde os funcionários do setor eram os responsáveis pela busca e entrega dos prontuários aos pesquisadores, que os solicitavam previamente.

4.6 Análise e apresentação dos dados

Para a análise dos dados coletados fez-se uso do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 24.0. Para análise do perfil epidemiológico e clínico foram adotadas as técnicas de estatística descritiva, as quais, de acordo com Freund e Simon (2006), analisam e descrevem um conjunto de dados de modo a tornar mais objetiva a compreensão das informações nele contidas. Dessa forma, as técnicas de estatística descritiva adotadas foram as tabelas de distribuição de frequência e as de contingência.

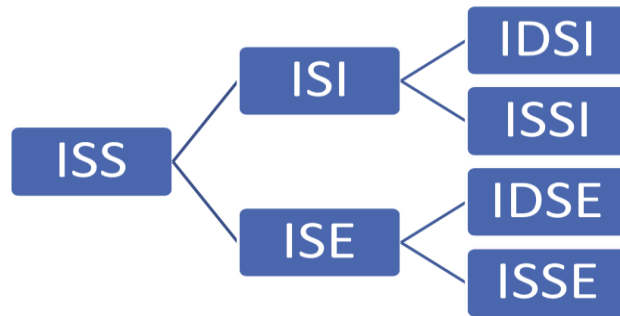
As tabelas de distribuição de frequências reduziram as informações contidas nos instrumentos analisados que, no caso, corresponderam a 265 observações, para cada variável. A quantidade de elementos (N) encontrada nas tabelas de distribuição refere-se ao número de observações na amostra, onde a soma desses elementos resulta no número total das observações envolvidas na pesquisa em questão. A frequência percentual (%), por sua vez, revela a proporção de observações de um valor em relação ao número total de observações e a sua soma é igual a 100% (MORETTIN; BUSSAB, 2017). A adesão, por sua vez, foi classificada conforme o preconizado no instrumento original descrito anteriormente, em aderente ou não aderente.

Quanto ao suporte social, em um primeiro momento fez-se uso dos valores de média e desvio padrão de cada item do instrumento. Ademais, foram descritos também os números absolutos e as respectivas frequências das fontes de suporte referenciada pelas pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids.

Para analisar o nível de suporte social, optou-se por agregar as questões utilizadas no instrumento fazendo uso dos seus 22 itens que geraram sete índices a partir da média aritmética¹ dessas questões, conforme ilustrado na Figura 1, resultando uma nota que pode variar de 1 a 5, (por se tratar de uma Escala do tipo *Likert*).

¹ Conhecida também como média somente, sendo definida como a soma dos valores, dividida pelo número de valores observados. Mais informações em BARBETTA, Pedro Alberto. **Estatística aplicada às ciências sociais**. Ed. UFSC, 2008.

Figura 1 – Índices gerados para o Suporte Social (Fortaleza/CE, Ago., 2019)



Fonte: Elaborado pela autora

ISS = Índice do Suporte Social

ISI = Índice do Suporte Social Instrumental

ISE = Índice do Índice Suporte Social Emocional

IDSI = Índice de Disponibilidade do Suporte Social Instrumental

ISSI = Índice de Satisfação do Suporte Social Instrumental

IDSE = Índice de Disponibilidade do Suporte Social Emocional

ISSE = Índice de Satisfação do Suporte Social Emocional

Deste modo, para o cálculo dos índices adotou-se a seguinte expressão:

$$I_j = \frac{1}{n} \sum_{i=1}^n E_{ij}$$

Onde:

I_j = Índice calculado para a j -ésima observação;

n = número de indicadores/variáveis componentes do índice;

E_{ij} = valor do i -ésimo indicador obtido pela j -ésima observação;

$i = 1, \dots, n$.

Para a análise do suporte social foram criados índices agregados para a identificação dos níveis do suporte em cada dimensão do instrumento utilizado. Esses índices foram agrupados em três classes quanto ao nível de suporte social. A decisão da criação desses índices² partiu da importância que eles apresentam em uma análise de dados, pois simplificam informações sobre fenômenos complexos, possibilitando o uso de mais de uma ferramenta que pode ser eficaz para um estudo e oferecendo diferentes parâmetros para a melhor tomada de decisão (KUBRUSLY, 2001).

² O termo índice refere-se a um indicador sintético ou agregado construído a partir de variáveis e tem como principal objetivo simplificar a informação sobre fenômenos complexos de modo a melhorar a sua comunicação em clareza, objetividade e operacionalidade (KUBRUSLY, 2001).

Após a construção dos índices, com o propósito de obter uma visualização mais clara dos resultados e por se tratar de um número grande de observações (265), eles foram calculados e submetidos à análise de agrupamento (método não hierárquico *k-médias*)³. Essa técnica estatística permitiu classificar os pacientes em três grupos com intervalos definidos pelos valores encontrados ao calcular os índices (Tabela 3).

Tabela 3 – Definição das classes de pacientes segundo o nível de Suporte Social. Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Classes dos Índices	Quantidade de Pacientes	Intervalos*	
ISS			
Baixo	41	1,09	2,59
Intermediário	102	2,64	3,59
Alto	122	3,64	4,73
ISI			
Baixo	57	1	2,6
Intermediário	115	2,7	3,7
Alto	93	3,8	5
IDSI			
Baixo	85	1	2,2
Intermediário	103	2,4	3,8
Alto	77	4	5
ISSI			
Baixo	19	1	2,4
Intermediário	95	2,6	3,6
Alto	151	3,8	5
ISE			
Baixo	44	1	2,58
Intermediário	97	2,67	3,67
Alto	124	3,75	5
IDSE			
Baixo	59	1	2,33
Intermediário	122	2,5	3,83
Alto	84	4	5
ISSE			
Baixo	25	1	2,67
Intermediário	86	2,83	3,67
Alto	154	3,83	5

Fonte: Elaborado pela autora

*Intervalos encontrados a partir da análise de agrupamentos

³ A Análise de Agrupamento é uma técnica de análise estatística multivariada que procura agrupar objetos semelhantes segundo o critério dado pelo conjunto de variáveis observadas (FÁVERO, 2009; KUBRUSLY, 2001).

É válido enfatizar que os índices gerados permitem encaixar as observações em grupos com características semelhantes, logo os participantes ficaram classificados de acordo com o nível da escala obtida nos índices sendo respeitada a classificação a partir dos intervalos estabelecidos pela análise, resultando nas classes que poderiam variar em um grau de suporte social baixo, intermediário ou alto.

Para a análise descritiva dos instrumentos que avaliaram o grau de capacidade funcional, por sua vez, fez-se uso dos valores de números absolutos e as respectivas frequências, além das classificações conforme os pontos de corte de cada um.

No tocante a análise da relação dos fatores epidemiológicos, clínicos, de suporte social e grau de capacidade funcional com a adesão ao tratamento antirretroviral, criaram-se tabelas de contingência, as quais indicam quantas observações se encaixam em cada categoria (FÁVERO *et al.*, 2009) com o intuito de comparar se os pacientes aderiam ou não ao tratamento a partir dos fatores descritos anteriormente.

Simultaneamente à tabela de contingência, realizou-se os testes⁴ adequados para cada variável de acordo com a sua classificação⁵, com o propósito de identificar a significância estatística da associação entre os indicadores estudados e a adesão.

Para as variáveis classificadas como qualitativas ordinais, utilizou-se do teste conhecido como *Kruskal-Wallis*, sendo elas: idade, escolaridade, anos de infecção, CV e LTCD4 da última consulta e tempo de uso da TARV. Para as variáveis classificadas como qualitativas nominais (orientação sexual, estado civil e situação perante trabalho) optou-se por utilizar o teste do qui-quadrado. Utilizou-se o teste de *Fisher* para as variáveis gênero, com quem vive, portador de outra doença (e suas respectivas categorias), pois estas foram qualitativas nominais, mas se encaixaram no perfil do teste por serem do tipo 2x2.

Aplicou-se o teste do qui-quadrado para os índices criados a partir do instrumento de suporte social, onde os grupos gerados, descritos no tópico anterior, foram comparados quanto a adesão a TARV. Para esse teste foi considerado um nível de significância de 5%. Por fim, realizou-se o teste de *Kruskal-Wallis* para relacionar o grau de capacidade funcional com a adesão, pelo fato dessas variáveis serem qualitativas ordinais.

⁴ Para esses testes foram considerados um nível de significância de 5%. Para maiores informações e detalhamento sobre os referidos testes estatísticos que foram utilizados na análise, ver FÁVERO, L. P. *et al.* **Análise de dados – modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

⁵ As variáveis podem ser classificadas quanto a sua escala de medida, podendo ser qualitativas ou quantitativas, as quais ainda podem ser nominais ou ordinais. Para maior esclarecimento ver MORETTIN, Pedro Alberto; BUSSAB, WILTON OLIVEIRA. **Estatística básica**. Editora Saraiva. 2017.

4.7 Aspectos Éticos e Legais

Assegurou-se o cumprimento das normas para pesquisa envolvendo seres humanos em conformidade com a Resolução 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde do Brasil (BRASIL, 2012).

Inicialmente foi solicitada autorização à Coordenação do Hospital São José de Doenças Infecciosas (regional Fortaleza) (ANEXO F). Em seguida, o projeto foi encaminhado à Plataforma Brasil para apreciação do Comitê de Ética em pesquisa da UFC e do HSJ, sendo aprovado em ambos sob os Protocolos de números 2.996.261 e 3.038.967, respectivamente (ANEXOS G e H).

Anteriormente ao início da coleta dos dados, relatou-se individualmente aos participantes elegíveis, por meio do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE B), os objetivos do estudo, suas implicações, o anonimato na divulgação das informações, assim como a liberdade em participar ou não do estudo. Uma vez aceitando participar, o paciente assinava duas vias do TCLE, ficando uma consigo e outra com a pesquisadora.

5 RESULTADOS E DISCUSSÃO

Neste capítulo, serão apresentados os resultados e sua respectiva discussão com base na literatura científica. De modo a organizar a apresentação, ele encontra-se dividido em duas partes, a saber: primeiramente com os resultados do perfil epidemiológico e clínico, adesão ao tratamento antirretroviral, suporte social e grau de capacidade funcional de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids em tratamento antirretroviral. Por último, estão elencadas as associações entre os instrumentos citados e a variável desfecho da pesquisa: adesão à TARV.

5.1 Perfil epidemiológico e clínico das pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids

Em relação às características epidemiológicas dos 265 participantes, explicitadas na Tabela 4, a maioria pertencia à faixa etária de 50 a 60 anos (77%), com média de idade igual a 56,9 anos (DP±5,90) e do gênero masculino (67,9%). Estudo descritivo e retrospectivo, feito em uma coorte com 242 idosos em uso de TARV na Espanha, também identificou uma maior parte de sua amostra masculina (78%), cuja média de idade era de 57,5 anos (DP±5) (JIMÉNEZ-GUERRERO *et al.*, 2017).

Esses dados refletem uma realidade da infecção pelo vírus que varia de acordo com a faixa etária e o sexo. No Brasil, no entanto, em todas as faixas prevalece superior a razão de sexo masculino quando comparada ao feminino. Apesar de existir pouca variação dessa razão entre os anos de 2007 a 2017 no grupo etário de 50 anos ou mais (9%), em 2017 a razão masculina continuou superior (17 casos em homens para cada 10 em mulheres). Entre as mulheres, verificou-se que no mesmo período a taxa de detecção apresentou queda em quase todas as faixas etárias, exceto na de 60 anos e mais, cujo aumento equivaleu a 21,2% (BRASIL, 2018a).

Ressalta-se que existem na literatura algumas considerações sobre a mudança de perfil epidemiológico das pessoas HIV positivo no Brasil, cujo processo de feminização e envelhecimento ganham destaque (SANTOS *et al.*, 2018; OLIVEIRA; LEITE; FULY, 2015; GÓIS *et al.*, 2017).

No entanto, nos países da União Europeia, estudo recente sugere que a incidência de diagnóstico no gênero masculino prevalece na faixa etária mais avançada (TAVOSCHI; DIAS; PHARRIS, 2017). O Ceará também não acompanha a tendência de feminização, uma vez que as maiores taxas de detecção de aids em adultos se deram na população masculina entre os anos 2008 a 2017, destacando-se a faixa etária de 50 a 59 anos, a qual duplicou (SESA, 2018). O corrente estudo também identificou uma amostra predominantemente masculina, entretanto ressalta-se o fato de que um número cada vez maior de mulheres com idade a partir

de 50 anos estão vivendo com HIV/aids.

Tabela 4 – Caracterização epidemiológica de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Dados epidemiológicos	N	%
Idade (anos)		
50-60	204	77
61-70	52	19,6
>70	9	3,4
Gênero		
Masculino	180	67,9
Feminino	85	32,1
Orientação Sexual		
Heterossexual	173	65,3
Homossexual	48	18,1
Bissexual	30	11,3
Assexual	1	0,4
Não respondeu	13	4,9
Estado Civil		
Solteiro (a)	115	43,4
Casado (a) /União estável	70	26,4
Viúvo (a)	41	15,5
Divorciado (a)	39	14,7
Escolaridade		
Analfabeto	39	14,7
Ensino fundamental incompleto	86	32,5
Ensino fundamental completo	45	17
Ensino médio	74	27,9
Ensino superior	21	7,9
Situação perante o trabalho		
Empregado	84	31,7
Desempregado	58	21,9
Aposentado/Pensionista	107	40,4
Outras*	16	6,0
Renda familiar mensal (salários mínimos)**		
≤1	148	55,8
>1 e ≤2	58	21,9
>2 e ≤5	33	12,5
>5	16	6,0
Não: sabe/respondeu/tem renda	10	3,8
Com quem vive***		
Sozinho (a)	88	33,2
Marido/Esposa/Companheiro (a)	76	28,7
Filhos	70	26,4
Pais	36	13,6
Outros****	49	18,5

Fonte: Elaborado pela autora

*Autônomos

**Salário mínimo em 2018: R\$954,00

***Os participantes podem ter indicado mais de uma opção como resposta

****Respostas citadas além das opções da questão: irmãos, sobrinhos, netos, bisnetos, cunhados, genros, tios, parentes e cuidadora.

A maioria declarou-se heterossexual (65,3%). Entretanto, documentou-se que a relação sexual entre Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) sem preservativo constitui um fator que aumenta o risco de exposição ao HIV. Uma das explicações relatadas diz respeito a percepção da gravidade da infecção que vem mudando ao longo dos últimos 30 anos entre os HSH, contribuindo para um comportamento em que o número de parceiros sexuais aumenta da mesma forma que a negligência no uso de preservativo nas relações (MACCARTHY *et al.*, 2016; CHOW; GRULICH; FAIRLEY, 2019).

No Brasil, estudo realizado em Salvador, cujo objetivo era analisar os fatores de vulnerabilidade dos HSH no contexto da infecção por HIV/aids, identificou que as relações com múltiplos parceiros, a prática de sexo anal receptivo desprotegido, ser negro, ter renda familiar reduzida e já ter sofrido algum tipo discriminação eram os fatores mais influentes (BRIGNOL *et al.*, 2015).

Corroborando com esses fatos, o último Boletim Epidemiológico de HIV/aids do Brasil descreve os dados relativos a orientação sexual e os casos notificados utilizando a idade a partir de 13 anos, identificando que, entre os homens, é observado predomínio da categoria de exposição homo/bissexual (48,7%), superando a proporção de casos notificados como heterossexual pela primeira vez na última década (BRASIL, 2018a). Vale destacar, no entanto, que a união das duas orientações sexuais (homo e bissexual), realizada no Boletim Epidemiológico do Brasil, parece equivocada, sendo sugerido uma análise desses dados de forma individual em suas futuras publicações.

Resultado semelhante ao presente estudo, contudo, foi identificado na União Europeia, uma vez que o modo de transmissão se deu por relações heterossexuais, com mais homens do que mulheres se tornando HIV positivo em idades avançadas (TAVOSCHI; DIAS; PHARRIS, 2017). Da mesma forma, nos EUA, porcentagem maior de casos entre homens com 50 anos ou mais (25%) em comparação com os mais jovens (13%) foi atribuída ao contato heterossexual (LINLEY *et al.*, 2012). No Ceará, a categoria de exposição entre os indivíduos maiores de 13 anos também possui um predomínio heterossexual (37,8%), porém há uma tendência de aumento, acompanhando o seguimento nacional, na proporção de casos entre homo e bissexuais nos últimos 10 anos, cujo aumento passou de 22,2% em 2008 para 27,1% em 2018 (SESA, 2018).

O resultado encontrado na presente pesquisa e reiterado com outros estudos recentes sobre um predomínio de pessoas com 50 anos ou mais e heterossexuais vivendo com HIV/aids não deve, no entanto, desfocar as políticas públicas de saúde das população-chave, mas evidenciar o quanto ainda se faz necessário maiores esforços voltados a sensibilização da

população heterossexual para uma prática sexual segura.

Os participantes eram, em sua maioria, solteiros ou divorciados (58,1%), cuja escolaridade predominante correspondeu aos analfabetos e com ensino fundamental incompleto (47,2%). Ressalta-se também, que 27,9% da amostra apresentava o ensino médio completo. Em relação à situação perante o trabalho, 40,4% eram aposentados ou pensionistas, com renda familiar mensal de até um salário mínimo (55,8%) e que afirmaram morar sozinhos (33,2%), conforme os dados apresentados na Tabela 4. Ressalta-se que todos eram de nacionalidade brasileira, exceto um que nasceu no Chile, mas morava no Brasil há 15 anos.

Esses achados epidemiológicos aproximam-se ao de uma pesquisa realizada em São Paulo que avaliou a qualidade de vida de 201 pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids, uma vez que também houve destaque para os solteiros ou divorciados (51,3%), aposentados ou pensionistas (52,7%), com baixa escolaridade (31,8%) e renda (61,7%) (OKUNO *et al.*, 2014). Outro estudo, também realizado em São Paulo, identificou porcentagem semelhante de pacientes que relataram morar sozinhos (38,3%) (CRUZ; RAMOS, 2015).

Depreende-se, especialmente após a definição positiva e ampliada pela Organização Mundial de Saúde (OMS), que a condição de saúde é algo multifatorial, dinâmico e complexo, tornando-se incontestável a influência das condições sociais, ambientais e econômicas sobre ela (CARRAPATO; CORREIA; GARCIA, 2017). Nessa vertente de pensamento, fez-se necessário reconhecer quais são os diferentes aspectos que, em conjunto, possuem associação e fornecem subsídios para descrever e conhecer o estado de saúde das populações, como a vulnerabilidade e os Determinantes Sociais de Saúde (DSS).

Mann *et al.* (1993) associaram a vulnerabilidade à infecção pelo HIV/aids a três dimensões que se relacionam de forma interdependente e dinâmica entre si, a vulnerabilidade social, individual e programática. No que diz respeito aos DSS, alguns modelos são descritos na literatura, destacando-se aqui o proposto por Dahlgren e Whitehead (1992) e adotado pela OMS, cujos determinantes estão dispostos em camadas que vão desde as características individuais até os macrodeterminantes do processo saúde-doença, as condições socioeconômicas, culturais e ambientais (GARBOIS; SODRÉ; DALBELLO-ARAÚJO, 2017).

Dentre os DSS relevantes para avaliar o nível socioeconômico relacionado à saúde, estão à educação e as condições de vida e trabalho (renda e ocupação) de uma população. O nível educacional interfere de diferentes formas sobre as pessoas em se tratando de acesso à informação, aumento de perspectivas e possibilidades de se favorecer com novos conhecimentos, influenciando a vulnerabilidade sobre as condições de saúde (PIMENTA *et al.*, 2015).

Estudo realizado no interior do Ceará visando avaliar o conhecimento de idosos acerca do HIV e da sífilis identificou que 78,1% acreditavam que a transmissão do HIV acontecia através da picada de mosquito, 45,4% com o uso do mesmo sanitário e 38,1% pelo beijo na boca. Salienta-se que a maior parte da amostra, assim como na corrente pesquisa, era de baixa renda (78,1% recebiam entre um e dois salários mínimos), fato que também esteve associado ao nível de escolaridade reduzido (BASTOS *et al.*, 2018). Em Pelotas, concluiu-se que a baixa escolaridade dos participantes idosos com HIV/aids (58,9% tinham até quatro anos de estudo) era uma condição que poderia dificultar a adesão ao tratamento, assim como a compreensão da cadeia de transmissão da infecção (AFFELDT; SILVEIRA; BARCELOS, 2015).

Dentre os fatores de vulnerabilidade social, por sua vez, estão à escolaridade, o estado conjugal, a situação perante o trabalho, renda e com quem mora. Pesquisa realizada com idosos vivendo com HIV/aids em Minas Gerais identificou que a ausência da crença de estar vulnerável em relação à possibilidade de ser infectado pelo HIV é forte nessa população que apresenta, em geral, capacidade reduzida de resposta a essa vulnerabilidade, tendo em vista os seus julgamentos e crenças equivocadas (CERQUEIRA; RODRIGUES, 2016). Em João Pessoa, por exemplo, 45,2% dos idosos acreditavam que os relacionamentos nos quais se tem confiança no parceiro constituem uma condição de invulnerabilidade ao HIV e 60,7% afirmaram que o uso do preservativo causa desconfiança no casal (BEZERRA *et al.*, 2014).

Estudo realizado com mulheres paulistas de idade a partir de 50 anos apresentou discursos que demonstram a preocupante realidade quanto à percepção de risco de infecção pelo HIV por via sexual. Para essas mulheres, existia um sentimento de segurança graças ao relacionamento monogâmico como a principal garantia de proteção contra a infecção (RODRIGUES; PRAÇA, 2010).

Esses resultados relativos aos DSS e as condições de vulnerabilidade social, os quais estão expostas as pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids, permitem algumas considerações. Eles reiteram que não existem “grupos” ou “comportamentos de risco”, pois a carga social e histórica sobre certas populações, em especial, não pode ser desconsiderada. Ademais, remetem ao fato de que as desigualdades sociais brasileiras, apesar dos esforços e mudanças que ocorreram ao longo da história, pesam de maneira maior sobre a sua população pobre e menos instruída. Por fim, eles reportam para duas questões: a importância de aprimorar as políticas públicas que apresentem como núcleo a oferta de informações e o reconhecimento da figura fundamental da enfermagem como uma profissão também educadora e capaz de alterar essa realidade no processo de promover saúde.

Em se tratando dos dados clínicos (Tabela 5), tem-se que 82,6% dos participantes declararam como meio de aquisição da infecção a via sexual. 81,2 e 83,4% apresentaram, respectivamente, entre um e 20 anos de infecção e utilizam a TARV por esse mesmo período de tempo. É observada na literatura a ocorrência de transmissão do HIV entre as pessoas com idade a partir de 50 anos por via sexual. Em Santa Maria, Rio Grande do Sul, essa prevalência correspondeu a 62,5% e, em Porto Velho, a 94% (PADOIN *et al.*, 2011; VIEIRA; ALVES; SOUSA, 2014).

É possível considerar que maior parte dos participantes iniciaram a terapia medicamentosa quase imediatamente após o diagnóstico da infecção, fato também identificado nos idosos pesquisados em Maringá, pois 94,1% deles deram início ao uso da TARV logo após obterem o resultado positivo (ARAÚJO; BERTOLINI; BERTOLINI, 2015). Essa conduta é preconizada tanto pela OMS quanto pelo MS, sendo reconhecida a sua influência na sobrevida em virtude de alguns fatores, como: a redução da morbimortalidade e transmissão da infecção, o impacto sobre os casos de tuberculose (considerada a principal causa infecciosa de óbitos em pessoas que vivem com HIV/aids nacional e mundialmente) e as opções terapêuticas disponíveis que estão sendo mais bem toleradas pelo organismo (BRASIL, 2018b; OMS, 2016b).

O achado da corrente pesquisa corrobora com os estudos que demonstram a relação entre o tempo de uso da TARV e a sobrevida das Pessoas que Vivem com HIV/aids (PVHIV), tendo em vista que 56,6% fazia uso da terapia medicamentosa há, pelo menos 11 anos. Somado a esse fato, menos da metade da amostra relatou apresentar comorbidades (45,3%).

Estudo observacional e retrospectivo, em João Pessoa, avaliou as fichas de notificação enviadas ao Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN) entre os anos de 2007 a 2013, identificando que o tempo de sobrevida dos pacientes em uso de TARV há cinco anos apresentou-se elevado, equivalendo a 86,3% (MEDEIROS *et al.*, 2017). Da mesma forma, no Mato Grosso do Sul, estudo de coorte retrospectivo demonstrou que os pacientes admitidos na era pós-TARV apresentaram maior taxa de sobrevida em cinco anos (81%), quando comparados aqueles diagnosticados antes do tratamento estar disponível no SUS (43%) (ZUQUE; MEIRA; FORTALEZA, 2013).

No tocante ao tempo de infecção e presença de comorbidades, os idosos em Recife também apresentaram período de infecção entre 11 e 20 anos (51,9%), mas número superior relataram a presença de comorbidades (78,8%) quando comparado a presente pesquisa (45,3%). Possível explicação diz respeito ao fato de a média de idade também ter se apresentado maior (64,9 anos) em comparação ao corrente estudo (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2018).

Tabela 5 – Caracterização clínica de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Dados clínicos	N	%
Como adquiriu o HIV		
Via sexual	219	82,6
Não: sabe/respondeu	30	11,3
Via parenteral*	16	5,9
Tipo de vírus		
HIV-1	213	80,4
HIV-2	1	0,4
HIV-1 e HIV-2	12	4,5
Não identificado**	39	14,7
Anos de infecção		
1-10	107	40,4
11-20	108	40,8
21-30	48	18,1
>30	2	0,8
Tempo de uso da terapia antirretroviral (anos)		
1-10	115	43,4
11-20	106	40
21-30	44	16,6
Infecção pelo vírus da Hepatite B	20	7,5
Infecção pelo vírus da Hepatite C	5	1,9
Portador de outra doença	120	45,3
Cardiovascular	61	23
Diabetes	47	17,1
Dislipidemia	11	4,1
Depressão	7	2,6
Outras doenças***	18	6,8

Fonte: Elaborado pela autora

*Vias de contágio parenteral relatadas: perfurocortantes (acidente ocupacional), transfusão sanguínea, drogas injetáveis e procedimento dentário

**Prontuários: não acessíveis ou informação não presente nos mesmos

***Doenças citadas até quatro vezes: artrite, osteopenia, osteoporose, esteatose hepática, câncer, psoríase, dermatite, epilepsia, Alzheimer, Leishmaniose visceral e nefropatia

Está demonstrado na literatura que algumas variáveis estão relacionadas a menor sobrevida de PVHIV. A presença de comorbidades oportunistas, destacando-se a tuberculose (TB), disfunção do Sistema Nervoso Central e alterações hematológicas, ganham destaque (MEDEIROS *et al.*, 2017).

No Brasil, desde 1998, é recomendado o teste para o HIV a todas as pessoas com TB. Ademais, as PVHIV em acompanhamento clínico devem ser triadas para TB nas visitas aos serviços de saúde mediante a presença de febre, tosse, sudorese noturna e emagrecimento (BRASIL, 2018b). Apesar dos esforços, em 2018, 75,5% dos casos novos de TB foram testados para o HIV, fato preocupante, uma vez que no Brasil as PVHIV possuem um risco 28 vezes maior de desenvolver TB ativa (BRASIL, 2019). Essa realidade encontra-se presente no corrente estudo, uma vez que, dentre as infecções oportunistas citadas pelos pacientes destacou-se a TB (18,9%), demonstrando a necessidade de ações voltadas para o diagnóstico e tratamento

precoce para essa população, especialmente (Tabela 6).

Ainda relativo às características clínicas, 49,4% declararam internações anteriores devido à infecção e 33,2% relataram ter apresentado alguma infecção oportunista. No Paraná, porcentagens menores foram encontradas, pois 34,5% das PVHIV já necessitaram de internamento hospitalar por causas relacionadas ao HIV, e 16,8% manifestaram infecções oportunistas, no entanto, ressalta-se que a pesquisa incluiu pacientes com idade a partir de 18 anos, não analisando somente os que apresentavam a faixa de idade mais avançada, como a do corrente estudo (LENZI *et al.*, 2018).⁷

Tabela 6 – Internações e doenças oportunistas de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Dados clínicos	N	%
Internação devido à infecção por HIV	131	49,4
Doenças do sistema respiratório	39	14,7
Doenças do sistema gastrintestinais/órgãos anexos	25	9,4
Doenças neurológicas	19	7,2
Outras doenças*	23	8,7
Não sabe/lembra	27	10,2
Doenças oportunistas devido à infecção por HIV	88	33,2
Tuberculose	50	18,9
Pneumonia	17	6,4
Neuro/Toxoplasmose	13	4,9
Herpes	9	3,4
Candidíase	7	2,6
Outras doenças**	3	1,1

Fonte: Elaborado pela autora

*Doenças citadas até quatro vezes (exceção da neurotoxoplasmose: citada quatro vezes, mas incluída em doenças neurológicas): Depressão, hepatite A candidíase, sífilis, toxoplasmose, Tripanossomíase americana (Doença de Chagas), erisipela, quadro viral, plaquetopenia, infecção do trato urinário e Sarcoma de Kaposi.

**Doenças citadas até duas vezes: Sarcoma de Kaposi e sífilis.

É reconhecida a importância de avaliar dois exames laboratoriais, em especial, para as PVHIV: LTCD4 e CV. A contagem de LTCD4 possui importância principalmente na avaliação inicial dos pacientes e a CV é considerada o padrão-ouro para o acompanhamento da eficácia da TARV e detecção precoce das dificuldades relacionadas à adesão (BRASIL, 2018b).

Em relação a frequência de solicitação desses exames, é demonstrado que para pacientes estáveis em uso da TARV, com CV indetectável e contagem de LTCD4 acima de 350 céls/mm³, a realização do exame de LTCD4 não apresenta vantagens porque as flutuações dos seus valores não representam relevância clínica, podendo ocasionar até erros de conduta, como a troca precoce de esquemas terapêuticos. A CV, por sua vez, deve ser solicitada a cada seis meses para monitorização clínica (BRASIL, 2018b).

Quanto aos valores atribuídos para a CV e contagem de LTCD4, existe uma

variação nos limites de detecção a depender da metodologia dos testes de diagnóstico utilizados. Na presente pesquisa, visando padronizar esses valores, foi considerado como CV indetectável o preconizado pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (UNAIDS) (<50 cópias/ml), o qual é utilizado em estudos recentes. Ressalta-se que em maio de 2019 o MS atualizou as informações sobre o conceito do termo indetectável, igualando-o ao de intransmissível caso a PVHIV esteja com CV indetectável há, pelo menos, seis meses. Da mesma forma, os valores de LTCD4 foram baseados em estudos recentes (OMS, 2018a; BRASIL, 2019; PINHEIRO *et al.*, 2016; COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018; FURINI *et al.*, 2016; MEDEIROS *et al.*, 2017).

Verificou-se aumento do número de pacientes com CV indetectável entre a primeira (18,9%) e última consulta (66%), da mesma forma que se apresentou superior a prevalência daqueles com alta contagem de LTCD4 na última consulta (51,3%), em contraposição a primeira (15,8%) (Tabela 7). Esses achados sugerem adesão da TARV entre as pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids, efetividade e qualidade da terapia medicamentosa ofertada.

Tabela 7 – Dados laboratoriais de pessoas com 50 anos ou mais em tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

	Primeira consulta		Última consulta	
	N	%	N	%
Carga viral (cópias/ml)				
Indetectável*	50	18,9	175	66
Até 1.000	54	20,4	22	8,3
1.001-10.000	40	15,1	5	1,9
10.001-499.000	74	27,9	4	1,5
>500.000	6	2,3	0	0
Não identificado**	41	15,5	59	22,3
LTCD4+ (células/mm³)				
<350	136	51,3	47	17,7
350-500	43	16,2	35	13,2
>500	42	15,8	136	51,3
Não identificado**	44	16,6	47	17,7

Fonte: Elaborado pela autora

*<50 cópias

**Prontuários: não acessíveis ou informação não presente nos mesmos

O Brasil destaca-se como o primeiro país em desenvolvimento a ofertar o acesso à TARV gratuitamente, há 23 anos (BRASIL, 2007b). Diante dos resultados positivos identificados para esses importantes marcadores laboratoriais, faz-se necessário destacar a relevância do SUS e dos profissionais que o compõe nas atividades que vão desde o diagnóstico precoce da infecção, até a participação ativa no processo de educação em saúde voltados para adesão. Constantes desafios são lançados à medida que novas pesquisas acontecem, mas achados como o do presente estudo podem reiterar o sucesso da combinação de vários componentes que fazem da adesão algo de grande importância para a qualidade de vida das PVHIV.

5.2 Adesão ao tratamento antirretroviral das pessoas com 50 anos ou mais

Sabe-se que a adesão à TARV traz benefícios tanto individuais quanto para a saúde pública, constituindo a base do tratamento e prevenção bem-sucedidos do HIV. Nesse contexto, as falhas na adesão acarretam consequências notáveis aos pacientes por aumentar a chance de falha virológica, uma vez que reduz a recuperação dos linfócitos TCD4, aumentando a CV e, conseqüentemente, o risco de morte. Ademais, a resistência aos fármacos atualmente disponíveis constitui outra consequência importante. No contexto da saúde pública, por sua vez, é fundamental na redução do risco de transmissão do vírus e incidência de infecções após a supressão viral (SKARBINSK *et al.*, 2015; DAGLI-HERNANDEZ *et al.*, 2016; WYL *et al.*, 2013).

Especialmente para a saúde das pessoas mais velhas que vivem com HIV/aids, a adesão ideal desempenha um papel crítico porque essa população possui maior probabilidade, quando comparada a mais jovem, de receber um diagnóstico tardio, progredindo mais rapidamente para a aids (LINLEY *et al.*, 2012). Apesar disso, a literatura sobre adesão a TARV entre as PVHIV em idades mais avançadas, é limitada, uma vez que a maioria dos estudos inclui amostras formadas por pessoas com idade menor que 50 anos (KONG *et al.*, 2012; COHEN; MEYERS; DAVIS, 2013; TUFANO *et al.*, 2015; DAGLI-HERANDEZ *et al.*, 2016; COUTINHO *et al.*, 2018). O presente estudo, por sua vez, possui como um dos seus objetivos a determinação da adesão a TARV para as pessoas em idade a partir de 50 anos, estando os dados dispostos na Tabela 8, a seguir.

Tabela 8 – Adesão de pessoas com 50 anos ou mais à terapia antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Adesão	N	%
Adere	206	77,7
Não adere	59	22,3

Fonte: Elaborado pela autora

Ainda que seja algo crucial na avaliação de intervenções propostas, melhora do seguimento do tratamento e prevenção da resistência viral, não existe consenso na literatura sobre um método padrão-ouro para a medida de adesão a TARV, sendo esta mensurada por diferentes formas, a saber: indiretas (autorrelato, monitoramento eletrônico dos remédios, contagem dos comprimidos e registros de farmácia quanto à retirada dos medicamentos) e diretas (detecção da medicação e suas concentrações plasmáticas no sangue). Cada uma possui

vantagens e desvantagens que dependem das circunstâncias no respectivo contexto e dos objetivos almejados (VALE *et al.*, 2018; CARVALHO *et al.*, 2017; POLEJACK; SEIDL, 2010).

Verifica-se que essa dificuldade em avaliar a adesão dos pacientes, especialmente os que possuem doenças crônicas, é algo discutido na literatura. Estudo de revisão integrativa realizado no Brasil com o objetivo de avaliar os métodos de adesão ao tratamento farmacológico em idosos hipertensos, concluiu que mesmo existindo muitas estratégias para avaliar essa adesão, um método ideal também ainda não está elucidado (FREITAS; NIELSON; PORTO, 2015).

No corrente estudo, a adesão a TARV foi avaliada sob a forma de autorrelato, método bastante utilizado em pesquisas e também na prática clínica, caracterizado pelo seu baixo custo, praticidade e rapidez, permitindo também o empenho na discussão sobre as dificuldades e razões que levam o paciente apresentar problemas no tocante ao tratamento. Ademais, tem-se demonstrado considerável correlação entre essa metodologia e medidas mais objetivas, como a mensuração da CV e contagem eletrônica de pílulas (REGO *et al.*, 2011; GARBIN; GATTO; GARBIN, 2017; DAGLI-HERNANDEZ *et al.*, 2016; TUFANO *et al.*, 2015).

Os trabalhos que utilizam o autorrelato apresentam diferentes maneiras de captá-lo, sendo os questionários estruturados uma delas. Estes, por sua vez, são baseados na entrevista clínica e consistem em solicitar ao paciente que responda algumas perguntas anteriormente definidas, como o SMAQ utilizado na presente pesquisa. Embora apenas traduzido e adaptado para a realidade brasileira, não se encontrou objeção em utilizá-lo, uma vez que o mesmo é empregado em pesquisas nacionais (REGO *et al.*, 2011; TUFANO *et al.*, 2015; DAGLI-HERNANDEZ *et al.*, 2016; CARVALHO *et al.*, 2017; GARBIN; GATTO; GARBIN, 2017).

É relatado na literatura uma exigência de adesão igual ou superior a 95% ($\geq 95\%$) das doses prescritas para alcançar a eficácia do tratamento farmacológico com a TARV e a redução dos níveis de supressão viral (BRASIL, 2008a). No entanto, estudo recente verificou que o autorrelato usando SMAQ e refil de medicamento parece apresentar-se rigoroso para tal, uma vez que adesão menor que 95% ($< 95\%$) pode não ter necessariamente impacto significativo na CV quando o paciente faz uso de esquemas com o Inibidor da Protease (IP) ou Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeo (ITRNN) (DAGLI-HERNANDEZ *et al.*, 2016).

A corrente pesquisa identificou porcentagem menor de adesão do que aquela preconizada pelo MS, uma vez que 77,7% das pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids eram aderentes à TARV. Esse valor, em contrapartida, apresentou-se superior quando

comparado a outros estudos realizados internacional e nacionalmente, mostrando que o processo de adesão, apesar da sua complexidade em termos de aferição e cumprimento, tem um bom panorama no referido ambulatório especializado. Ainda em nível nacional, ressalta-se que houve aumento da taxa de utilização da TARV pelos pacientes diagnosticados em 2018 (47,4%) quando comparada ao ano de 2017 (43,7%), acontecimento relevante, mas ainda aquém dos 100% considerados ideal (BRASIL, 2019).

Nos EUA, pesquisa utilizando o mesmo instrumento do corrente estudo identificou que 70% dos participantes eram não aderentes à TARV. A idade avançada e o fato de ser Afro-americano estiveram associados a menores chances de adesão (LEVAHOT *et al.*, 2011).

No Brasil, número reduzido de pacientes também foi considerado aderente à terapia medicamentosa quando avaliados pelo SMAQ. Em Araraquara, dos 75 participantes (40 tinham idade a partir de 45 e superior a 55 anos) apenas 30,6% aderiam à medicação e o nível de escolaridade obteve correlação com esse fato (DAGLI-HERNANDEZ *et al.*, 2016). No Piauí, falha na adesão dos pacientes em uso de TARV também foi verificada, pois 55% classificaram-se como não aderentes e o uso de álcool apresentou-se como uma variável associada. Ressalta-se que 17% dos participantes tinham idade a partir de 50 anos (REGO *et al.*, 2011). No Paraná, também por intermédio do autorrelato, 65,6% dos usuários de um serviço de HIV não aderiam à TARV (LENZI *et al.*, 2018).

Em contrapartida, estudo realizado com pessoas a partir de 50 anos no Rio Grande do Sul constatou uma prevalência de aderentes à TARV semelhante a presente pesquisa (70,8%). Apesar de não ter feito uso do SMAQ, os pesquisadores utilizaram a entrevista clínica por intermédio do autorrelato, sendo a avaliação dos resultados também exigente ao definir como consumo ideal da medicação aquele equivalente a 100% da dose prescrita, além da regularidade no uso da terapia (PADOIN *et al.* 2013).

Apesar da ausência de metodologias específicas e padronizadas para verificar adesão à TARV no Brasil, fato que limita as pesquisas e consequentes intervenções, é constatado a importância de avaliar esse desfecho combinando diferentes técnicas. Em São Paulo, a adesão foi aferida por meio de autorrelato, registros de retirada de medicação da farmácia e dados clínicos de exames laboratoriais (CV e LTCD4), sendo verificado que o resultado somente com o autorrelato tendeu a ser superestimado quando contrastado aos outros métodos. A combinação dos indicadores, por sua vez, estimou uma adesão média entre 50 e 75% entre as PVHIV (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014).

No caso do autorrelato, é demonstrado que o participante pode alterar as suas respostas pelo constrangimento em relação ao profissional que o assiste, escolhendo responder

o que considera como ideal, levando a esse resultado supervalorizado (BEN; NEUMANN; MENGUE, 2012).

Enquanto não há uma única estratégia validada para tal, sugere-se que as pesquisas posteriores façam uso da combinação de diferentes métodos de avaliação e/ou o uso de outro instrumento de autorrelato em associação com o referido. Por fim, considerando o número elevado de pacientes aderentes à medicação, existe uma perspectiva positiva de aumento dessa porcentagem entre as pessoas em idade a partir de 50 anos, fato que pode abrir possibilidades para que os profissionais de saúde do serviço reconheçam a sua importância nesse processo e no seu seguimento.

5.3 Suporte social e grau de capacidade funcional de pessoas com HIV em tratamento antirretroviral

5.3.1 Suporte Social

Diante do fato de a TARV ter ocasionado uma mudança no perfil da epidemia no tocante à cronicidade da infecção pelo HIV, outros aspectos relativos à assistência para as PVHIV ganharam importância e devem ser analisados, como o suporte social, caracterizado como um conceito multidimensional relacionado ao bem-estar e qualidade de vida, que abrange tanto o reconhecimento quanto à obtenção de recursos materiais (relativos ao suporte social instrumental), quanto psicológicos (referente ao suporte social emocional), recebidos na convivência do paciente com as suas redes de apoio (GOTTARDO; FERREIRA, 2015).

Na corrente pesquisa, as escalas de suporte social instrumental e emocional apresentaram respectivamente, médias de 3,34 e 3,48 (Tabela 9). No Paraná, a avaliação do suporte social de PVHIV apresentou semelhanças para o suporte instrumental (3,37) e emocional (3,48) (LENZI *et al.*, 2018). No Nordeste brasileiro, no entanto, foram identificadas médias superiores aos suportes, cujo instrumental equivaleu a 3,69 e o emocional a 3,74 (PEDROSA *et al.*, 2016).

A percepção da disponibilidade e satisfação em ambos os suportes foi, de modo geral, relatada de forma contraditória como “às vezes” e “satisfeito”. Ou seja, os participantes consideraram na maioria das perguntas uma disponibilidade nem sempre ativa e presente, no entanto, ainda se sentiam satisfeitos. Essa situação remete a algumas características quanto aos sentimentos das PVHIV e as consequências que elas podem ocasionar em suas vidas. Neste momento faz-se importante salientar que durante a coleta dos dados desse instrumento, a grande maioria dos participantes apresentou-se chorosa e triste durante as suas respostas.

No interior de São Paulo, estudo que avaliou a autoestima das pessoas que vivem com HIV/aids identificou uma média baixa de escores quando comparados aqueles que apresentavam outras doenças crônicas, demonstrando também que esses índices reduzidos interferiam na confiança pessoal e autovalorização do indivíduo (CASTRIGHINI *et al.*, 2013).

Na China foi apontado que a idade avançada, baixa escolaridade, estado civil (estar casado), ter filhos, alta percepção de estigma sobre a infecção, depressão, baixa autoestima, apoio social e resiliência estavam significativamente associados ao aumento da ideação suicida entre as PVHIV (WANG *et al.*, 2018).

Tabela 9 – Médias de disponibilidade e satisfação do suporte social instrumental e emocional de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Suporte Social Instrumental	\bar{X}	σ
Disponibilidade de apoio em situação concreta facilitando realização do tratamento	2,92	1,76
Satisfação quanto ao apoio em situação concreta facilitando realização do tratamento	3,64	1,01
Disponibilidade de apoio financeiro	2,79	1,75
Satisfação quanto ao apoio financeiro	3,43	1,07
Disponibilidade de apoio em atividades práticas do dia-a-dia	3,06	1,67
Satisfação quanto ao apoio em atividades práticas do dia-a-dia	3,67	0,93
Disponibilidade de apoio aos próprios cuidados de saúde	2,58	1,69
Satisfação quanto ao apoio aos próprios cuidados de saúde	3,66	0,92
Disponibilidade de apoio em caso de necessidade	3,84	1,43
Satisfação quanto ao apoio em caso de necessidade	3,81	0,97
Suporte Social Emocional		
Disponibilidade de apoio para sentir-se valorizado	3,44	1,58
Satisfação quanto ao apoio para sentir-se valorizado	3,69	0,98
Disponibilidade de apoio para desabafar sobre a doença	3,16	1,58
Satisfação quanto ao apoio para desabafar sobre a doença	3,61	0,95
Disponibilidade de apoio para melhorar o conhecimento sobre o problema de saúde	3,51	1,30
Satisfação quanto ao apoio melhorar o conhecimento sobre o problema de saúde	3,75	0,77
Disponibilidade de apoio para sentir-se integrado socialmente	3,18	1,44
Satisfação quanto ao apoio para sentir-se integrado socialmente	3,60	0,88
Disponibilidade de apoio para melhorar humor e disposição	3,26	1,51
Satisfação quanto ao apoio para melhorar humor e disposição	3,67	0,84
Disponibilidade de apoio de companhia em atividades de lazer	3,32	1,42
Satisfação quanto apoio de companhia em atividades de lazer	3,66	0,91

Fonte: Elaborado pela autora

No tocante à quantificação das respostas do questionário, a menor média foi identificada no item do suporte social instrumental relativo à disponibilidade de apoio quanto aos cuidados de saúde do paciente, como a de lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame ($\bar{X}=2,58$; $DP\pm 1,69$). Da mesma forma, a média geral desse suporte obteve valor reduzido quando comparado ao emocional, sugerindo a necessidade de melhorar a qualidade desse apoio para as pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids devido a sua importância relatada na literatura.

O suporte social instrumental, no que lhe diz respeito, refere-se ao apoio que auxilia a pessoa na administração ou resolução de situações diárias, como a provisão de apoio material, financeiro ou assistência comportamental. Estudo realizado em Connecticut (EUA) demonstrou

que esse suporte recebido pelas PVHIV foi um recurso positivo para a resiliência mais eficaz quando comparado ao suporte emocional (SEIDL; TROCCOLI, 2006; EARNSHAW, 2015).

Outros fatores relacionados às baixas médias de suporte social instrumental em PVHIV também são descritas cientificamente. Em Fortaleza, por exemplo, evidenciou-se que aqueles que moravam sozinhos apresentaram menor suporte social instrumental quando comparados aos que conviviam com outras pessoas e que essa questão poderia acarretar prejuízos nos cuidados com a saúde (SANTOS *et al.*, 2018a). No corrente estudo, a maior parte da amostra também relatou morar sozinha (33,2%).

Tendo em vista a baixa escolaridade dos participantes da pesquisa e as médias reduzidas em relação ao suporte social instrumental, estudo realizado nos EUA identificou que o nível educacional das pessoas que vivem com HIV/aids correlacionou-se positivamente com a satisfação do suporte social, pois os participantes mais instruídos relataram maior satisfação quanto aos suportes (MCCULLAGH *et al.*, 2017).

O suporte social emocional, por sua vez, avalia a disponibilidade e satisfação reconhecida em relação à rede social (familiares, amigos, colegas de trabalho, profissionais de saúde, entre outros) quanto às atitudes que contribuem para que a pessoa sinta-se estimada e cuidada, como a escuta, atenção e companhia (SEIDL;TROCCOLI, 2006). Especificamente quanto a esse suporte é destacada a relevância das relações interpessoais e do reconhecimento quanto a quem confiar, demonstrar e receber sentimentos que podem ser protetores a sua saúde (LENZI *et al.*, 2018). Para a presente discussão, salienta-se que a maior parte dos artigos publicados não fizeram uso da Escala de Suporte Social para Pessoas que Vivem com HIV/aids. No entanto, os aspectos abordados nesses métodos também levaram em consideração, entre outros, os abordados nos suportes instrumentais e emocionais.

Na China, a qualidade de vida e o apoio familiar foram significativa e positivamente correlacionados com o enfrentamento sobre as questões relativas ao diagnóstico de HIV em pessoas com 50 anos ou mais. Essa pesquisa demonstrou que as intervenções familiares podem ser eficazes na promoção e desenvolvimento da adaptabilidade que, por sua vez, pode diminuir o impacto da infecção pelo HIV, aumentando a qualidade de vida entre os mais velhos (XU *et al.*, 2016).

No Nepal, formas positivas de apoio familiar, especialmente no domínio emocional, demonstraram efeito protetor e negativo sobre a depressão e ideação suicida de PVHIV (AMIYA *et al.*, 2014). Nesse sentido, torna-se também importante a identificação dessas fontes de apoio as quais têm sido demonstradas como essenciais na integração social das PVHIV (OLIVEIRA *et al.*, 2015).

Em relação às fontes dos suportes sociais (Tabela 10), as menores frequências dizem respeito aos vizinhos e chefes ou colegas de trabalho. Os profissionais de saúde, por sua vez, foram os mais citados (42,6%) na pergunta relativa ao suporte emocional sobre quanto a pessoa estava recebendo apoio de alguém que lhe oferecesse informações para melhorar o nível de conhecimento sobre HIV/aids. Estudos realizados em Fortaleza também identificaram baixa frequência de apoio ofertado pelos vizinhos, chefe e colegas de trabalho. Nesses estudos, no entanto, os profissionais de saúde foram os menos citados na referida pergunta do suporte emocional (PEDROSA *et al.*, 2016; SANTOS *et al.*, 2018a).

A importância do profissional de saúde é relatada cientificamente, pois partindo do conceito da universalidade no cuidado a PVHIV, a atuação na abordagem holística integra a responsabilização do profissional, o vínculo criado, o acolhimento realizado e a humanização, os quais são elementos fundamentais para melhor na qualidade de vida e adesão a TARV (SANTOS *et al.*, 2011).

Tabela 10 – Fontes de suporte social instrumental e emocional de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Fonte de suporte*	Tipos de suporte	
	Instrumental N (%)	Emocional N (%)
Marido/esposo (a) /companheiro (a) / namorado (a)	80 (30,2)	78 (29,4)
Pessoas da família que moram no mesmo domicílio	104 (39,2)**	84 (31,7)**
Pessoas da família que não moram no mesmo domicílio	95 (35,8)***	92 (34,7)***
Amigo (s)	53 (20)	117 (44,2)
Chefe ou colegas de trabalho	3 (1,1)	10 (3,8)
Vizinho (s)	10 (3,8)	22 (8,3)
Profissionais de saúde	8 (3,0)	113 (42,6)
Outras pessoas	7 (2,2)	9 (3,4)

Fonte: Elaborado pela autora

*Os participantes podem ter indicado mais de uma fonte

**Mais citado no instrumental e emocional foram os filhos, respectivamente: N= 52; 19,6% e N= 49; 18,5%

***Mais citado no instrumental e emocional foram os irmãos, respectivamente: N= 44; 16,6% e N= 46; 17,4%

As principais fontes de apoio de suporte social instrumental foram dos familiares que residem ou não no mesmo domicílio, com 39,2 e 35,8%, respectivamente. Quanto ao suporte emocional destacaram-se os amigos (44,2%), seguidos dos profissionais de saúde (42,6%). Em ambos os suportes, dentre as pessoas que moram no mesmo domicílio, as fontes mais frequentes foram os filhos e dos que não residem, os irmãos. Em contrapartida, os

cônjuges/companheiros aparecem como uma das fontes de suporte emocional mais referida em outra pesquisa realizada no Nordeste do Brasil (33,5 %) (PEDROSA *et al.*, 2016), esse fato, no entanto não foi identificado no corrente estudo, possivelmente por uma maior parte da amostra ter se declarado solteira (43,4%).

Em um estudo feito no Rio Grande do Sul, a percepção de suporte social das 179 pessoas que viviam com HIV/aids demonstrou que a situação conjugal interferiu sobre o suporte percebido, uma vez que os separados, divorciados ou viúvos apresentaram menores escores sobre a percepção do suporte social geral, emocional e instrumental (PADOIN *et al.*, 2018).

Esses achados no tocante ao suporte social das pessoas com 50 anos vivendo com HIV/aids reiteram a importância de levar em consideração durante as consultas também os aspectos sobre a saúde psicossocial e não somente os dados laboratoriais, além de reforçar a importância da família no advento de suporte instrumental para esses pacientes. Ademais, ficou clara a relevância dos profissionais de saúde, fato que deve favorecer o vínculo criado entre estes e as PVHIV, as quais enxergam no profissional alguém em quem se pode confiar, influenciando positivamente no sucesso do tratamento e enfrentamento da condição de saúde.

5.3.2 Grau de Capacidade Funcional

A funcionalidade é um importante indicador de saúde das pessoas mais velhas por se tratar de um preditor de morbimortalidade que, a depender do seu resultado, sinaliza os possíveis impactos na autonomia durante a realização das AVD (SILVA; MENEZES, 2014). Sendo assim, deve ser levada em consideração na rotina de avaliação clínica dessa população, em especial, objetivando detectar e prevenir fatores de risco.

Nessa perspectiva, é preciso levar em consideração que o crescente número de doenças crônicas que acometem os idosos está diretamente relacionado à redução da capacidade funcional, tanto sobre as Atividades Básicas quanto Instrumentais de Vida Diária (ABVD e ABVI, respectivamente), afetando a independência e qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2019; LI *et al.*, 2019). Uma vez que a população envelhecida que vive com HIV/aids está aumentando, cresce também o risco de comorbidades associadas, como as doenças cardiovasculares e os distúrbios neurocognitivos, condições que predis põe os pacientes em uso de TARV a um estado particularmente vulnerável ou frágil com elevado risco de incapacidade funcional (JOHS *et al.*, 2017).

Na literatura é bastante evidenciada a relação entre capacidade funcional e Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNT), principalmente a Hipertensão Arterial Sistêmica (HAS) e o Diabetes *Mellitus* (DM) (BRITO; MENEZES; OLINDA, 2016; GAVASSO; BETRAME, 2017; GÜTHS *et al.*, 2017; JÚNIOR; OLIVEIRA; SILVA, 2014). Mas ressalta-se que, em se tratando da cronicidade do HIV/aids, condição cada vez mais passível de ser administrada pelos pacientes, torna-se importante conhecer se e quais os fatores estão relacionados a sua influência sobre a capacidade funcional de pessoas com 50 anos ou mais.

Existem várias formas de avaliar a capacidade funcional, sendo recorrente a análise da habilidade para executar as ABVD e/ou AIVD e/ou atividades relacionadas à mobilidade, sendo consideradas sensíveis para detectar *déficits* cognitivos, funcionais e alterações emocionais, uma vez que permitem a ocorrência de respostas confiáveis e coerentes entre os profissionais (CRUZ; RAMOS, 2012; CÉSAR *et al.*, 2015).

Na presente pesquisa, número elevado de pessoas com 50 ou mais foi classificada como independente para as ABVD (77%) e AIVD (84,9%) (Tabelas 11 e 12), realidade observada também no Sul do Brasil. Em Pelotas, houve predomínio de idosos independentes para as ABVD (81,8%) e AIVD (54,6%) (PINTO *et al.*, 2016), da mesma forma que em Santa Catarina, pois 84,2 e 70,2% eram independentes para as ABVD e AIVD, respectivamente (GAVASSO; BELTRAME, 2017).

Tabela 11 – Classificação do grau de capacidade funcional (Atividades Básicas de Vida Diária) de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Classificação	N	%
Independência	204	77
Dependência leve	26	9,8
Dependência moderada	33	12,5
Dependência severa	2	0,8

Fonte: Elaborado pela autora

Tabela 12 – Classificação do grau de capacidade funcional (Atividades Instrumentais de Vida Diária) de pacientes idosos vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Classificação	N	%
Independente	225	84,9
Semidependente	38	14,3
Dependente	2	0,8

Fonte: Elaborado pela autora

Essa porcentagem alta pode ser explicada pela influência do ambiente onde foi realizada a coleta dos dados, uma vez que os participantes não se encontravam internados ou vivendo em instituições de longa permanência. Revisão integrativa recente comprovou a existência da relação entre a institucionalização e o comprometimento da capacidade funcional de idosos na maioria dos artigos incluídos (MACÊDO; COSTA; VIEIRA, 2018). No Pará, investigação entre os idosos internados constatou que grande parte apresentou algum grau de dependência funcional tanto para ABVD (61,7%) quanto as AIVD (52,1%) (PEREIRA *et al.*, 2014).

Ademais, destaca-se maior número de pessoas na faixa etária entre 50 e 60 anos (77%). No Rio Grande do Sul, 88,8% dos idosos foram classificados como independentes para as ABVD e 54,6% para as AIVD, sendo identificados que aqueles mais jovens (entre 60 e 70 anos) eram, em sua maioria, independentes para as AVD (57,9%). Em contrapartida, apenas 0,4% dos que apresentavam 90 anos ou mais receberam essa classificação (PINTO *et al.*, 2016).

Pesquisa realizada em Minas Gerais com PVHIV na mesma faixa de idade do vigente estudo, cujo objetivo era analisar os fatores relacionados à qualidade de vida, demonstrou que 95,1% deles eram independentes para as AVD e que esse fator esteve relacionado à maior satisfação e qualidade de vida dessa população (CALIARI *et al.*, 2018).

Realizando uma comparação entre as duas atividades analisadas, identifica-se um predomínio maior de pessoas com 50 anos ou mais com alguma limitação quanto as ABVD

(23,1%). O oposto, no entanto, foi identificado em estudo realizado na Paraíba, onde as maiores limitações funcionais estavam nas AIVD (25,9%) (FREITAS *et al.*, 2018).

Considerando as ABVD avaliadas, porcentagem predominante das pessoas com 50 anos ou mais foi classificada como independente (77%). Em Recife, dos 241 idosos vivendo com HIV/aids, 84,2% também eram independentes na realização dessas atividades (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2018).

Ainda na perspectiva das ABVD, tem-se que um dos itens avaliados no Índice de Barthel equivale ao de “subir escadas” (Tabela 13). Mundialmente, as quedas são a segunda causa de morte devido a lesões acidentais ou não intencionais e 80% ocorrem nos países em desenvolvimento. Ademais, acometem principalmente as pessoas mais velhas, sendo estimado que a cada ano 37 milhões de idosos sofrem quedas nos mais diversos contextos. Alguns fatores propiciam a ocorrência dessas quedas, como os intrínsecos (inerentes ao próprio indivíduo) e extrínsecos (decorrentes da interação do idoso com o meio ambiente) (OMS, 2018b; SMITH *et al.*, 2017).

Tabela 13 – Capacidade funcional (Atividades Básicas de Vida Diária) de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Item	Classificação	N	%
Alimentação	Independente	256	96,6
	Necessita de ajuda	9	3,4
	Dependente	0	0
Vestir	Independente	256	96,6
	Necessita de ajuda	9	3,4
	Dependente	0	0
Banho	Independente	263	99,2
	Necessita de ajuda	2	0,8
	Dependente	0	0
Higiene corporal	Independente	262	98,9
	Necessita de ajuda	3	1,1
	Dependente	0	0
Uso do banheiro	Independente	255	96,2
	Necessita de ajuda	10	3,8
	Dependente	0	0
Controle intestinal	Independente	241	90,9
	Incontinência ocasional	24	9,1
	Dependente	0	0
Controle vesical	Independente	238	89,8
	Incontinência ocasional	27	10,2
	Dependente	0	0

Conclusão

Tabela 13 – Capacidade funcional (Atividades Básicas de Vida Diária) de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Item	Classificação	N	%
Subir escadas	Independente	236	89,1
	Necessita de ajuda	24	9,1
	Dependente	5	1,9
Transferência cadeira/cama	Independente	254	95,8
	Necessita de ajuda mínima	9	3,4
	Necessita de grande ajuda	2	0,8
	Dependente	0	0
Deambular	Independente	251	94,7
	Necessita de ajuda	14	5,3
	Independente com cadeira de rodas	0	0
	Dependente	0	0

Fonte: Elaborado pela autora

Nesse sentido, avaliando a categoria citada no instrumento de ABVD, observa-se que porcentagem maior (11%) relatou necessitar de ajuda ou ser dependente para subir escadas, corroborando com pesquisa realizada em São Paulo, onde 15% apresentavam alguma dependência nesse quesito (MINOSSO *et al.*, 2010). Esse resultado sugere que uma maior atenção no plano de cuidados também seja voltada para essa atividade diária, cabendo orientações para os pacientes e seus familiares, assim como possíveis adaptações no domicílio visando reduzir, dentre outros aspectos, o risco de quedas.

Na corrente pesquisa, 15,1% da amostra apresentou algum grau de dependência para executar as AIVD. Mundialmente é verificada uma variação de baixa prevalência de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids apresentando incapacidade nas AIVD. No México, foram identificadas 17,9% e nos EUA, 17% % (ÁVILA-FUNES *et al.*, 2016; JOHS *et al.*, 2017). No Brasil, do mesmo modo, pois estudo realizado em São Paulo classificou uma maior parte das PVHIV como independente para essas atividades (68,4%) e os níveis baixos prévios de LTCD4 (<200 céls/mm³) estiveram associados a um aumento na prevalência de comprometimento neurocognitivo (TRONCOSO; CONTERNO, 2015).

Avaliando de forma separada, as dificuldades mais comuns corresponderam às tarefas domésticas (48%), assim como no presente estudo, pois 21,9% relataram realizar pequenos reparos domésticos com ajuda parcial ou não conseguiam (Tabela 14). Esse mesmo estudo identificou, em contrapartida, que a dificuldade menos referida foi com o manejo medicamentoso (5%) que no presente estudo apresentou-se em maior porcentagem (11,3%),

estando o preparo das próprias refeições apresentado como o de menor dificuldade (10,6%) (ÁVILA-FUNES *et al.*, 2016; JOHS *et al.*, 2017).

Tabela 14 – Capacidade funcional (Atividades Instrumentais de Vida Diária) de pacientes idosos vivendo com HIV/aids (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Item	Classificação	N	%
Usar o telefone	Sem ajuda	216	81,5
	Com ajuda parcial	31	11,7
	Não consegue	18	6,8
Ir a locais distantes	Sem ajuda	222	83,8
	Com ajuda parcial	34	12,8
	Não consegue	9	3,4
Fazer compras	Sem ajuda	231	87,2
	Com ajuda parcial	30	11,3
	Não consegue	4	1,5
Preparar próprias refeições	Sem ajuda	237	89,4
	Com ajuda parcial	24	9,1
	Não consegue	4	1,5
Arrumar a casa	Sem ajuda	229	86,4
	Com ajuda parcial	30	11,3
	Não consegue	6	2,3
Realizar pequenos reparos domésticos	Sem ajuda	207	78,1
	Com ajuda parcial	28	10,6
	Não consegue	30	11,3
Lavar e passar roupa	Sem ajuda	217	81,9
	Com ajuda parcial	30	11,3
	Não consegue	18	6,8
Tomar remédios com dose e hora corretos	Sem ajuda	235	88,7
	Com ajuda parcial	29	10,9
	Não consegue	1	0,4
Cuidar das finanças	Sem ajuda	234	88,3
	Com ajuda parcial	25	9,4
	Não consegue	6	2,3

Fonte: Elaborado pela autora

Esses achados, no entanto, não devem indicar uma redução da atenção quanto as AVD realizadas pelas pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids. São demonstradas, no contexto da infecção pelo HIV, que alguns fatores merecem atenção, pois são preocupações presentes no cotidiano dos profissionais que assistem essa população: o envelhecimento, declínio funcional, a multimorbidade e polifarmácia (HOSAKA *et al.*, 2019). Portanto, são necessárias abordagens voltadas para a preservação das capacidades funcionais dessa população por uma equipe multiprofissional durante esse processo contínuo de capacitação da pessoa para que ela tenha o controle para a melhora da sua condição de saúde, destacando-se o papel primordial da enfermagem devido a sua maior proximidade e contato com os pacientes, estando capaz de intervir pontualmente.

5.4 Associação dos fatores epidemiológicos e clínicos, do suporte social e grau de capacidade funcional com a adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais.

5.4.1 Associação dos dados epidemiológicos e clínicos com a adesão

De modo a averiguar a existência de alguma diferença entre o número de pessoas com 50 anos ou mais que aderiam ou não a TARV, realizou-se a associação da variável adesão com os fatores clínicos e epidemiológicos (Tabela 15). Observou-se que duas variáveis apresentaram diferenças estatísticas significativas, pois rejeitaram a hipótese de que não há diferença entre as observações a partir do teste estatístico aplicado a um nível de significância de 5%. Foram elas, a idade e a depressão.

Tabela 15 – Associação entre os dados epidemiológicos e clínicos com a adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Dados epidemiológicos e clínicos	Adere	Não adere	Total	Sig.
Idade (anos)				
50-60	165	39	204	
61-70	36	16	52	0,02*
>70	5	4	9	
Gênero				
Masculino	141	39	180	
Feminino	65	20	85	0,42
Orientação Sexual				
Heterossexual	136	37	173	
Homossexual	34	14	48	0,71
Bissexual	24	6	30	
Assexual	1	0	1	
Não respondeu	11	2	13	
Estado Civil				
Solteiro (a)	93	22	115	
Casado (a) / União estável	51	19	70	0,59
Viúvo (a)	31	10	41	
Divorciado (a)	31	8	39	
Escolaridade				
Analfabeto	33	6	39	
Ensino fundamental incompleto	62	24	86	
Ensino fundamental completo	32	13	45	0,36
Ensino médio	59	15	74	
Ensino superior	20	1	21	

Continuação

Tabela 15 – Associação entre os dados epidemiológicos e clínicos com a adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Dados epidemiológicos e clínicos	Adere	Não adere	Total	Sig.
Situação perante o trabalho				
Empregado	70	14	84	
Desempregado	44	14	58	
Aposentado/Pensionista	77	30	107	0,10
Outras**	15	1	16	
Com quem vive				
Sozinho (a)				
Sim	69	19	88	
Não	137	40	177	0,49
Anos de infecção				
1-10	82	25	107	
11-20	87	21	108	
21-30	36	12	48	0,96
>30	1	1	2	
Tempo de uso da terapia antirretroviral (anos)				
1-10	88	27	115	
11-20	86	20	106	0,98
21-30	32	12	44	
Portador de outra doença				
Sim	91	29	120	
Não	115	30	145	0,30
Cardiovascular				
Sim	48	13	61	
Não	158	46	204	0,29
Diabetes				
Sim	41	6	47	
Não	165	53	218	0,60
Dislipidemia				
Sim	8	3	11	
Não	198	56	254	0,45
Depressão				
Sim	2	5	7	
Não	204	54	258	0,01*
Outras doenças***				
Sim	11	7	18	
Não	195	52	247	0,07
Carga viral (cópias/ml)****				
Indetectável (<50 cópias)	138	37	175	
Até 1.000	15	7	22	0,80
De 1.001-10.000	2	3	5	

Conclusão

Tabela 15 – Associação entre os dados epidemiológicos e clínicos com a adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Dados epidemiológicos e clínicos	Adere	Não adere	Total	Sig.
De 10.001-499.000	3	1	4	
Não identificado*****	48	11	59	
LTCD4+ (células/mm³)****				
<350	35	12	47	
350-500	27	8	35	
>500	106	30	136	0,50
Não identificado*****	38	9	47	

Fonte: Elaborado pela autora

*Diferença significativa entre as categorias de adesão ao tratamento a 5% de significância

**Autônomos

***Doenças citadas até quatro vezes: artrite, osteopenia, osteoporose, esteatose hepática, câncer, psoríase, dermatite, epilepsia, Alzheimer, Leishmaniose visceral e nefropatia

****Última consulta

*****Prontuários: não acessíveis ou informação não presente nos mesmos

Ao verificar a relação da variável idade com a adesão tem-se que, dos 204 pacientes que estavam na faixa etária de 50 a 60 anos, a maioria (165) aderiu ao tratamento medicamentoso, sendo a categoria que abrange o maior número de adesões quando comparada as outras relativas à idade. Ao se avaliar a existência de diferença estatística entre os pacientes para as três categorias (se estes aderiam ou não), obteve-se um *sig* de 0,02, mostrando que há diferença entre a ocorrência das frequências dessas observações.

É demonstrada na literatura a associação existente entre as faixas de idade e adesão à TARV. Estudo que comparou duas coortes de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids, uma em países com melhores condições financeiras (Continente Australiano) e outra naqueles com realidade oposta (Continente Asiático), identificou a consistência entre as tendências de envelhecimento em termos de magnitude e direção do risco de viver com o vírus, uma vez que as populações mais velhas em uso de TARV tenderam a apresentar maiores chances de manter a CV indetectável, indicando melhor adesão ao tratamento em comparação aos mais jovens. Uma das explicações esteve referida ao estilo de vida mais estável dessa população (HAN *et al.*, 2015).

Pesquisa realizada na Etiópia como o objetivo de avaliar a taxa de adesão à TARV e os determinantes relacionados a essa questão, identificou que a probabilidade de não adesão à terapia na faixa etária de 31 a 45 anos e 18 a 30 anos foi de 1,51 e 0,63 vezes maior do que na faixa entre 46 a 64 anos, respectivamente (TSEGA; SRIKANTH; SHEWAMENE, 2015).

Nos EUA, foram comparados os fatores psicossociais, clínicos e comportamentais entre as mulheres com idade a partir de e com menos de 50 anos, sendo identificado que aqueles com idade a partir de 50 vivendo com HIV/aids apresentavam maior probabilidade de adesão à dose prescrita e consequente manutenção da supressão de CV (FRAZIER *et al.*, 2017).

Estudo em sete países do Continente Asiático concluiu que, dentre outros, os fatores que aumentaram a probabilidade de alta adesão foram a boa comunicação entre o profissional da saúde e paciente e a elevada alfabetização. Entre as barreiras identificadas, por conseguinte, estiveram à idade jovem, o analfabetismo, uso de álcool/drogas injetáveis e percepção de estado de saúde ruim. Essa pesquisa abordou também que existem barreiras individuais e ambientais que pesam de maneira mais forte entre os jovens, como o estigma e a falta de apoio social (KOIRALA *et al.*, 2017).

Comparação entre os níveis e determinantes da adesão ao longo do tempo entre PVHIV em uso de TARV na África Subsaariana e Ásia obteve como resultado, na coorte Africana, que a adesão não ideal estava relacionada com o sexo masculino, idade mais jovem e uso de medicação concomitante (BIJKER *et al.*, 2017).

Apesar da adesão a TARV ter sido considerada positiva na população estudada, sabe-se que a visão sobre a velhice e o envelhecimento, assim como as temáticas relativas à sexualidade e suas práticas, especialmente em idosos, continuam representando desafios a serem trabalhados pelos profissionais para a promoção da saúde desse público.

Estudo qualitativo que analisou a atuação de profissionais de saúde com os idosos vivendo com HIV/aids em um serviço público de saúde, identificou em suas falas a existência da dificuldade em abordar a sexualidade dos idosos além do compartilhamento de preconceitos vinculados ao diagnóstico (CASSÉTTE *et al.*, 2016).

Tendo em vista que o alcance da adesão, conforme os parâmetros estabelecidos, é uma preocupação imediata dos serviços de saúde e dos profissionais que os formam, torna-se fundamental conhecer quais os fatores epidemiológicos influenciam nesse processo. Uma vez que maior parte das pessoas que vivem com HIV/aids na faixa etária entre 50 e 60 anos demonstrou aderir à TARV, deixa-se claro que, apesar das comorbidades, declínios funcionais e alterações que ocorrem com o passar dos anos, não se pode renunciar o cuidado necessário para essa população quanto ao processo de adesão, pois existe um solo fértil para que se consiga alcançar níveis ótimos.

A variável identificada no tocante à presença de outras doenças e adesão, equivaleu à depressão, a qual apresentou um *sig* de 0,01, evidenciando que há uma diferença estatística entre o número de pacientes que possuem essa doença e não aderem tratamento. É possível

identificar que das sete PVHIV que apresentaram depressão, cinco não aderiram a TARV, fato preocupante no que diz respeito as consequências graves que a depressão pode trazer, assim como a não aderência à TARV.

Mundialmente, a depressão é um transtorno bastante comum, pois estima-se que mais de 300 milhões de pessoas sofram com ela. Estudos realizados em 38 países demonstraram que 15% dos adultos e 25% dos adolescentes vivendo com HIV/aids relataram depressão ou se sentiram sobrecarregados, acontecimentos que podem representar uma barreira importante no processo de adesão à TARV (OPAS, 2018; UNAIDS, 2018).

Pesquisa feita em quatro cidades dos EUA, identificou que entre as 299 PVHIV com 50 ou mais, a depressão e solidão estavam bastante presentes. Ademais, a depressão mostrou estar parcialmente responsável pela associação entre a vergonha relacionada ao HIV e o bem-estar emocional e físico, fatores prejudiciais ao processo de adesão à terapia medicamentosa (VICENT *et al.*, 2017).

Estudo realizado nas cinco regiões brasileiras também identificou que as pessoas com menor idade, do sexo feminino, depressivas, ansiosas, não brancas, de reduzida escolaridade, classe social baixa, em uso de álcool e/ou drogas ilícitas e aquelas que apresentavam baixa qualidade de vida eram as que não aderiam à TARV (SANTOS *et al.*, 2018b).

No Rio de Janeiro, pesquisa que objetivou, dentre outros aspectos, analisar a adesão ao tratamento dos pacientes HIV positivos e relacionar ao diagnóstico de depressão, verificou também uma maioria aderente à TARV (60,7%) e uma minoria com sintomas de depressão (22%), sugerindo a relação entre boa adesão e ausência da sintomatologia depressiva (COUTINHO; O'DWYER; FROSSARD, 2018).

Em São Paulo, maior parte da amostra composta foi categorizada como não aderente (72,7%) e a baixa adesão estava associada aos sintomas depressivos. Ademais, a maior probabilidade de serem não aderente foi quase 40% menor entre os pacientes com maior nível de escolaridade (TUFANO *et al.*, 2015).

Em Recife foram avaliados o conhecimento e as atitudes sobre sexualidade em idosos vivendo com HIV/aids, assim como a caracterização segundo a sintomatologia depressiva. As pontuações quanto ao conhecimento foram significativamente superiores para aqueles do sexo masculino, com mais anos de estudo e sem sintomatologia depressiva. Ademais, eles apresentavam baixa prevalência de sintomas depressivos (32,8%), fato que pode ter sido influenciado pelos vários anos de diagnóstico da infecção. É demonstrado na literatura que a depressão em idosos com HIV está mais relacionada à descoberta recente da infecção, início

dos sintomas, progressão da doença, limitações impostas pelo adoecimento e questões psicossociais (AGUIAR; LEAL; MARQUES, 2018; LEITE, 2016).

Em Salvador, foi encontrada uma associação entre a suspensão da TARV quando os pacientes sentiam-se deprimidos e com a intensidade moderada e grave dos sintomas de depressão, demonstrando que o componente psicológico é de fundamental importância na atenção as PVHIV, merecendo atenção uma vez que está associada a não adesão, ao êxito no tratamento e qualidade de vida (BETANCUR *et al.*, 2017).

Apesar da quantidade reduzida de pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids que apresentaram o diagnóstico de depressão, tem-se que a maioria deles não aderiam à TARV e que essas condições apresentam significância estatística, fato relatado em literatura e cujo tema ganha grande relevância atualmente, tendo em vista os números alarmantes no tocante aos problemas relativos à saúde mental nos últimos anos.

É preciso levar em consideração que o achado reitera cientificamente as descobertas recentes e volta atenção para que os serviços de saúde e os seus profissionais estejam qualificados e atentos para avaliar a sintomatologia depressiva dos seus pacientes e possam intervir corretamente, visando impedir que estes venham a ser prejudicados no processo de adesão a terapia medicamentosa. As (os) enfermeiras (os), por estarem ainda mais próximos da clientela, podem identificar as lacunas existentes no aconselhamento e orientação sobre o uso da TARV, apresentando capacidade de desenvolver estratégias para reverter essa situação.

Por fim, salienta-se que, mesmo sem a existência de significância estatística, dos 175 pacientes com CV indetectável na última consulta, 135 aderiam à TARV e, dos 136 com elevada contagem de LTCD4, 106 também eram aderentes. Esses resultados remetem que o sucesso da adesão está atrelado também aos ótimos resultados dos exames laboratoriais e consequente qualidade na saúde e vida das pessoas com 50 anos ou mais.

Nesse sentido, tem-se que um estudo realizado em São Paulo identificou que a contagem de LTCD4 apresentou correlação positiva com os dados de retirada de medicações da farmácia, indicando que quanto mais medicações o sujeito retirava, melhor era a sua imunidade. Os valores de CV daqueles com carga detectável, por sua vez, não apresentaram correlações significativas com os indicadores de adesão, da mesma forma que no corrente estudo, pois não foram encontradas relações estatisticamente significantes entre adesão e valores de CV (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014). Dessa forma, pode-se afirmar que na corrente pesquisa os valores satisfatórios de LTCD4 e CV podem indicar uma melhor adesão ao tratamento antirretroviral das pessoas com 50 anos ou mais.

5.4.2 Associação entre o Suporte Social com a adesão

Ao realizar a associação entre os índices calculados para cada dimensão do suporte social com a variável desfecho (adesão), observou-se que o Índice da Disponibilidade do Suporte Social Emocional (IDSE) apresentou um *sig* de 0,04. Portanto, infere-se que esse índice pode ser considerado significativo estatisticamente, visto que há diferença entre as ocorrências das observações em relação à adesão, pois o valor obtido está dentro do estipulado.

Analisando os grupos relativos aos pontos somados na escala *Likert* do instrumento de suporte social, tem-se em todos os índices e suas respectivas categorias (disponibilidade e satisfação) o destaque para o suporte social emocional, visto que um maior número de pessoas apresentou altos valores na escala para esse suporte.

Pelos dados ilustrados na Tabela 16 infere-se ainda que a maior parte da amostra, independente da sua classificação relativa à pontuação (baixo, intermediário ou alto), era aderente à TARV, fato esse que, mesmo sem apresentar significância estatística em mais de um índice, torna-se importante e reflete que mais aspectos influenciam no processo complexo de adesão, além dos suportes. No entanto, é preciso reconhecer o destaque que a disponibilidade do suporte social emocional representa na adesão à TARV para pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids.

Tabela 16 – Associação entre suporte social de pessoas com 50 anos ou mais com HIV/aids e adesão ao tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Índices	Grupos	Adere	Não adere	Total	<i>Sig.</i>
ISI	Baixo	42	15	57	0,43
	Intermediário	90	25	115	
	Alto	74	19	93	
IDSI	Baixo	61	24	85	0,41
	Intermediário	86	17	103	
	Alto	59	18	77	
ISSI	Baixo	13	6	19	0,36
	Intermediário	72	23	95	
	Alto	121	30	151	

Conclusão

Tabela 16 – Associação entre suporte social de pessoas com 50 anos ou mais com HIV/aids e adesão ao tratamento antirretroviral (Fortaleza/CE, Jun., 2019)

Índices	Grupos	Adere	Não adere	Total	Sig.
ISE	Baixo	30	14	44	0,38
	Intermediário	76	21	97	
	Alto	100	24	124	
IDSE	Baixo	40	19	59	0,04*
	Intermediário	100	22	122	
	Alto	66	18	84	
ISSE	Baixo	16	9	25	0,12
	Intermediário	66	20	86	
	Alto	124	30	154	
ISS	Baixo	28	13	41	0,90
	Intermediário	77	25	102	
	Alto	101	21	122	

Fonte: Elaborado pela autora

*Diferença significativa entre as categorias de adesão ao tratamento a 5% de significância.

ISI = Índice do Suporte Social Instrumental

IDSI = Índice de Disponibilidade do Suporte Social Instrumental

ISSI = Índice de Satisfação do Suporte Social Instrumental

ISE = Índice do Índice Suporte Social Emocional

IDSE = Índice de Disponibilidade do Suporte Social Emocional

ISSE = Índice de Satisfação do Suporte Social Emocional

ISS = Índice do Suporte Social

É referida na literatura a importância do suporte social sobre a adesão dos pacientes à TARV, mas escassos são os estudos relativos ao grupo etário da corrente pesquisa. Em três províncias da China, 386 PVHIV com mais de 18 anos foram investigadas sobre quais eram os fatores de influência na adesão à TARV, sendo constatado que um bom suporte social aumentou em 1,49 vezes mais as chances de os pacientes serem aderentes (ZHAO *et al.*, 2016). Na Etiópia, investigou-se o suporte social para os pacientes recém-diagnosticados, identificando que a proximidade emocional e participação de outras pessoas eram fatores influentes para assistência e tratamento concretos (LIFSON *et al.*, 2015).

Em Pequim, houve correlação estatisticamente significativa entre o valor do escore do suporte social com o processo de adesão à medicação, sendo sugerido que as PVHIV

passassem a utilizar ainda mais sua rede de apoio social e cuidado (LI *et al.*, 2018).

Esses achados apontam para a grande relevância do suporte social sobre a adesão à TARV, refletindo que desde a primeira consulta esse aspecto também deva ser abordado. Além disso, é de fundamental importância a criação de um ambiente social benéfico em casa, no trabalho e no ambiente de assistência à saúde, objetivando incentivar uma maior participação dessa população e conseqüente melhoria da adesão para que os parâmetros recomendados sejam alcançados.

Em se tratando do suporte social emocional, em Santa Maria (Rio Grande do Sul), foi demonstrado que somente ele apresentou resultado significativo com a expectativa de auto eficácia, pois quanto maior esse suporte recebido maior também se apresentou a expectativa de auto eficácia na amostra de PVHIV. Essa expectativa, por sua vez, diz respeito ao entendimento do paciente sobre sua capacidade de cumprir de forma positiva o tratamento com a TARV nos horários indicados e nas quantidades exatas (SANTOS *et al.*, 2015).

Ainda em relação à importância do suporte social emocional sobre o processo de adesão de PVHIV, no Paraná, constatou-se que em cada ponto a mais desse suporte existiu um aumento de 7,9% sobre a capacidade de adesão do paciente. Porcentagem menor, todavia, foi identificada no suporte social instrumental (2,4%) (LENZI *et al.*, 2018).

No Rio Grande do Sul, demonstrou-se que os pacientes com elevada adesão à TARV apresentaram médias significativamente maiores do suporte social emocional, identificando que a detecção desse apoio ou sua falta possibilita a elaboração de estratégias de cuidado para a adesão medicamentosa (MARCHI, 2014).

O presente estudo não identificou significância estatística entre os índices de suporte social instrumental e adesão à TARV. Estudo realizado no Texas, por sua vez, inferiu que maiores índices desse suporte predisseram adesão igual ou superior a 95% para as PVHIV, sugerindo que o suporte social como um todo deve ser avaliado continuamente na tentativa de resolver as questões relacionadas à baixa adesão (KELLY *et al.*, 2015).

Avaliar a relação entre a adesão à medicação e o nível de apoio social para fornecer mais evidências à enfermagem e ao cuidado de pacientes com HIV/aids fez-se importante. Evidenciou-se a relevância de incluir o suporte social durante as consultas de enfermagem, fazendo uso de uma escuta qualificada de maneira a favorecer o vínculo no intuito de dar subsídios para que o profissional, conhecendo o ambiente social do cliente, consiga atuar prontamente na melhoria de sua adesão e qualidade de vida. Ademais, como visto anteriormente, os profissionais de saúde foram referidos como uma das principais fontes, depois dos amigos, de suporte emocional, reiterando a sua valia para a clientela.

Por fim, salienta-se também a responsabilidade governamental de modo a reduzir a estigmatização e discriminação em relação as PVHIV, promovendo o aumento da sua rede social de apoio, fazendo com que mais pessoas se sintam motivadas a diagnosticar e aderir precoce e consistentemente à TARV.

5.4.3 Associação entre a Capacidade Funcional com a adesão

Em relação as ABVD, dos 265 pacientes do total da amostra, apenas dois possuem dependência severa, os quais aderem ao tratamento. Enquanto o grupo que possuiu maior adesão equivaleu ao das pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids classificadas como independentes, tendo em vista que 167 eram aderentes. Pode-se afirmar a um nível de significância de 5% que a hipótese nula deve ser rejeitada, o que implica que há diferença significativa entre a distribuição das observações dos níveis do índice de Barthel através das categorias da adesão, visto que o *sig* para o teste realizado foi inferior a 0,05 (Tabela 17).

No tocante as AIVD, das 206 pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids que aderem ao tratamento, 180 foram classificadas como independentes pelo o índice de Lawton e Brody. 45 pessoas também classificadas na mesma categoria do índice, mas não estavam aderindo ao tratamento, podendo observar que a grande maioria dos pacientes estão nessa primeira categoria, prevalecendo a adesão. Ao realizar a associação entre as categorias do índice com a adesão ou não do tratamento, obteve-se uma diferença estatística significativa entre a frequência de ocorrência das observações, dado que o nível de significância obtido para o teste aplicado foi menor que 0,05 (Tabela 18).

Tabela 17 – Associação entre o grau de capacidade funcional para as atividades básicas de vida diária e adesão à terapia antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais (Fortaleza/CE, Jun., 2019).

Índice de Barthel	Adere	Não adere	Total	Sig.
Independência	167	37	204	
Dependência leve	15	11	26	
Dependência moderada	22	11	33	0,00*
Dependência severa	2	0	2	
Total	206	59	265	

Elaborado pela autora

*Diferença significativa entre as categorias de adesão ao tratamento a 5% de significância

Tabela 18 – Associação entre o grau de capacidade funcional para as atividades instrumentais de vida diária e adesão à terapia antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais (Fortaleza/CE, Jun., 2019).

Índice de Lawton e Brody	Adere	Não adere	Total	Sig.
Independente	180	45	225	
Semidependente	24	14	38	
Dependente	2	0	2	0,00*
Total	206	59	265	

Fonte: Elaborado pela autora

*Diferença significativa entre as categorias de adesão ao tratamento a 5% de significância

Nos EUA, estudo que descreveu as frequências de síndromes geriátricas em pessoas vivendo com HIV/aids com 50 anos ou mais, identificou que 25,2% apresentavam dificuldade com uma ou mais AVD. Desses, 46 5% eram semidependentes nas AIVD e 29,6% dependentes em uma ou mais AIVD, relacionando que as síndromes geriátricas são comuns em adultos mais velhos infectados pelo HIV, de modo que o início precoce da TARV pode auxiliar na sua prevenção e conseqüente desenvolvimento de complicações (GREENE *et al.*, 2015). Na presente pesquisa, por sua vez, das 59 pessoas com 50 anos ou mais que foram classificadas como não aderentes à TARV, quase metade apresentaram dependência leve ou moderada (ABVD) mostrando a existência da relação entre o comprometimento funcional e o processo de adesão.

Em Los Angeles, uma avaliação entre a baixa adesão à TARV e sua relação com o comprometimento cognitivo entre adultos mais jovens (<50 anos) e mais velhos (≥ 50 anos) soropositivos para o HIV, obteve como resultados que os funcionamentos executivo, motor e a velocidade de processamento estiveram fortemente relacionados à adesão na faixa etária a partir de 50 anos. A contagem de LTCD4 e os problemas com drogas também estiveram associados à adesão entre os adultos mais velhos quando comparados aos mais jovens (ETTENHOFER *et al.*, 2009).

Nesse contexto, 18% de mexicanos com idade a partir de 50 anos vivendo com HIV/aids tinham incapacidades na realização das AIVD e 26,1% para as AVD, sendo elucidado que aqueles apresentando reduzidos níveis de LTCD4 e CV detectável apresentaram estatisticamente mais incapacidades para as AIVD (ÁVILA-FUNES *et al.*, 2016).

Logo, uma das possíveis explicações sobre a grande taxa da amostra ser independente tanto para as ABVD quanto AIVD e aderente à TARV, no corrente estudo, pode estar relacionada as elevadas taxas de LTCD4 e CV indetectável. Esse achado sugere a importância do registro desses exames laboratoriais, tendo em vista que em alguns prontuários essas informações não foram identificadas pela pesquisadora. Assim como o seu acompanhamento e avaliação durante as consultas de enfermagem, visando promover a independência dos clientes e identificar os elementos que podem estar prejudicando a adesão, sejam eles causas relacionadas por motivos que independem do tratamento (como a presença de comorbidades prévias ou idade avançada), ou aquelas que podem estar ligadas ao uso indevido da TARV, álcool e drogas, dentre outros.

Estudo desenvolvido em São Paulo cujo objetivo foi verificar níveis de depressão,

qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos vivendo com de HIV/aids, elucidou por meio do uso da Escala Instrumental para Atividades de Vida Diária, que as suas alterações estavam relacionadas à adesão do tratamento farmacológico, sendo inferido que o acompanhamento e rastreamento dessas atividades cognitivas podem ajudar na efetividade do tratamento e qualidade de vida (LEITE, 2016).

Destaca-se que a discussão desses dados apresentou como limitação a escassez de estudos relacionando as Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária com adesão à TARV. Esse acontecimento, por sua vez, confirma a importância da corrente pesquisa para a ciência e abre caminhos para que novas sejam desenvolvidas de modo a conhecer esse perfil populacional e garantir intervenções positivas para tal, sejam elas de reforço ou mudanças de hábitos.

6 CONCLUSÃO

Os resultados encontrados indicam, quanto ao perfil epidemiológico e clínico, que a maior parte das pessoas com 50 anos que vivem com HIV/aids são da faixa etária entre 50 e 60 anos, do sexo masculino, heterossexuais, solteiros, com baixa escolaridade e renda, aposentados ou pensionistas, cuja aquisição do vírus deu-se por via sexual, com tempo de infecção entre um e vinte anos, que faziam uso da medicação antirretroviral há, pelo menos 11 anos e apresentaram como infecção oportunista mais presente a tuberculose. Realizando uma comparação entre a primeira e a última consulta, os dados laboratoriais apontam que a carga viral e a contagem de linfócitos TCD4 dos pacientes exibiram alterações positivas, uma vez que a maioria se classificou com uma carga viral indetectável e alta contagem de LTCD4 nas últimas consultas.

Em se tratando da adesão à TARV, as pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids eram predominantemente aderentes. A classificação quanto a percepção do suporte social apresentou-se mediana e as principais fontes de suportes relatadas equivaleram aos amigos, seguidos dos profissionais da saúde e os filhos. No tocante a capacidade funcional, considerável porcentagem da amostra classificou-se como independente para a realização das atividades básicas e instrumentais de vida diária.

Quanto às associações estatísticas, identificou-se que a faixa de idade apresentou influência sobre a adesão à TARV, uma vez que as mais velhas apresentaram menores taxas de aderência. A depressão apresentou significância, tendo em vista que menor taxa de adesão foi identificada nos pacientes deprimidos. A disponibilidade do suporte social emocional e a capacidade funcional, por sua vez, também estiveram relacionadas com a adesão à terapia antirretroviral entre as pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids.

A pesquisa apresentou como limitações a ausência de determinadas informações nos prontuários, assim como a impossibilidade de acesso a alguns deles devido a um dos seguintes fatores: pacientes em consulta no momento da coleta (prontuário em posse de outros profissionais), óbitos e a transição a qual estava passando o Sistema do Hospital a respeito das informações dos prontuários de forma manual para a eletrônica. Ademais, durante o processo de discussão dos resultados, nem sempre foi possível realizar a comparação entre pesquisas que apresentassem a mesma faixa etária do corrente estudo, assim como o uso dos mesmos instrumentos de coleta utilizados. Essas últimas limitações, no entanto, reiteram a relevância científica da pesquisa, assim como abre possibilidades para que outras sejam realizadas relativas à essa temática a nível de comparação, continuidade ou no desenvolvimento de intervenções.

Sugere-se que novos estudos venham a trabalhar com a mesma faixa etária do presente estudo, uma vez que estes ainda são reduzidos, quando comparados aqueles que englobam pessoas que vivem com HIV/aids a partir de 18 anos. Além desses fatores, tem-se que durante os discursos dos participantes, ficou clara a relevância e necessidade das suas falas, sendo proposta a realização de pesquisas qualitativas que avaliem esses pontos específicos. As intervenções também podem ser vislumbradas, visando atuar sobre os pontos identificados e que interferem no processo de aderência.

Os resultados encontrados reforçam a importância que os profissionais de saúde apresentam no processo de adesão terapêutica, demonstrando que os mesmos devem aprimorar o uso do acolhimento, da escuta qualificada e das atividades de educação em saúde voltadas para essa população. Nesse sentido, o estudo pode influenciar os enfermeiros durante as suas consultas, de modo a desenvolver maior atenção para os fatores que, comprovadamente podem influenciar o processo de adesão à TARV, atuando, assim, de forma pontual com o paciente e sua rede social de apoio no favorecimento de mudanças de práticas que reforcem o processo de aderência e a consequente promoção da saúde de pessoas com 50 anos ou mais que vivem com HIV/aids.

REFERÊNCIAS

- AFFELDT, A.B; SILVEIRA, M.F; BARCELOS, R.S. Profile of elderly people living with HIV/AIDS in Pelotas, Southern Brazil, 1998-2013. **Epidemiol. Serv. Saúde**. Brasília, v.24 n.1, 2015.
- AGUIAR, R.B; LEAL, M.C.C; MARQUES, A.P.O. Conhecimento e atitudes sobre sexualidade em pessoas idosas com HIV. **Cien Saude Colet [periódico na internet]**, Out. 2018.
- ALENCAR, R.A; CIOSAK, S.I. Aids em idosos: motivos que levam ao diagnóstico tardio. **Rev. Bras. Enferm. [online]**. v.69, n.6, 2016.
- AMIYA, R.M; POUDEL, K.C; POUDEL-TANDUKAR, K; PANDEY, B.D; JIMBA, M. Perceived family support, depression, and suicidal ideation among people living with HIV/aids: a cross-sectional study in the Kathmandu Valley, Nepal. **PLOS ONE**, v.9, n.3, 2014.
- ARAÚJO, A.P.S; BERTOLINI, S.M.M.G; BERTOLINI, D.A. Perfil epidemiológico e imunológico de idosos infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana. **Estud.interdiscipl. envelhec.**, Porto Alegre, v.20, n.1, 2015.
- ÁVILA-FUNES, J.A; BELAUNZARÁN-ZAMUDIO, P.F; TAMEZ-RIVERA, O; CRABTREE-RAMÍREZ, B; NAVARRETE-REYES, A.P; CUELLAR-RODRÍGUEZ, J *et al*. Correlates of Prevalent Disability Among HIV-Infected Elderly Patients. **AIDS Res Hum Retroviruses**. v.32, n.2, 2016.
- BARBOSA, B.R; ALMEIDA, J.M; BARBOSA, M.R; BARBOSA, L.A.R.R. Avaliação da capacidade funcional dos idosos e fatores associados à incapacidade. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v. 19, n. 8, 2014.
- BASTOS, L.M; TOLENTINO, J.M.S; FROTA, M.A.O; TOMAZ, W.C; FIALHO, M.L.S; BATISTA, A.C.B; TEIXEIRA, A.K.M; BARBOSA, F.C.B. Evaluation of the level of knowledge about aids and syphilis among the elderly from a city in the interior of the state of Ceará, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.23, n.8, 2018.
- BEN, A.J; NEUMANN, C.R; MENGUE, S.S. Teste de Morisky-Green e Brief Medication Questionnaire para avaliar adesão a medicamentos. **Rev. Saúde Pública**, São Paulo, v.46, n.2, 2012.
- BETANCUR, M.N; LINS, L; OLIVEIRA, I.R; BRITESA, C. Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/aids who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, **Brazil. Braz J Infect Dis.**, v.21, n.5, 2017.
- BEZERRA, V.P; NUNES, T.B; NOGUEIRA, J.A; PEDROZA, A.P; TRIGUEIRO, D.R.S.G; SILVA, D.M. Vulnerability of the elderly for HIV infection in the context of preventive practices. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v.8, n.1, 2014.
- BIJKER, R; JIAMSAKUL, A; KITYO, C; KIERTIBURANAKUL, S; SIWALE, M; PHANUPHAK, P *et al*. Adherence to antiretroviral therapy for HIV in sub-Saharan Africa

and Asia: a comparative analysis of two regional cohorts. **Journal of the International AIDS Society**, v.20, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Atenção à Saúde. Departamento de Atenção Básica. **Envelhecimento e saúde da pessoa idosa**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e aids. **Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e aids**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2007b.

BRASIL. 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**. 1. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Recomendações para Terapia Anti-retroviral em Adultos Infectados pelo HIV**. 7. ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2008b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. Resolução nº 466/12. Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012. **Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos**. Brasil, 2012.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. 1 ed. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico: HIV/AIDS 2018**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. **Protocolo clínico e Diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos**. Brasília: Editora do Ministério da Saúde, 2018b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico. **Brasil Livre da Tuberculose: evolução dos cenários epidemiológicos e operacionais da doença** Brasília: Editora do Ministério da Saúde, v.50, n.9, 2019.

BRIGNOL, S; DOURADO, I; AMORIM, L.D; KERR, L.R.F.S. Vulnerability in the context of HIV and syphilis infection in a population of men who have sex with men (MSM) in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. Saúde Pública [online]**. v. 31, n.5, 2015.

BRITO, K.Q.D; MENEZES, T.N; OLINDA, R.A. Incapacidade funcional: condições de saúde e prática de atividade física em idosos. **Rev. Bras. Enferm.**, Brasília, v.69, n.5, 2016.

CALIARI, J.S; REINATO, L.A.F; PIO, D.P.M; LOPES, L.P; REISI, R.F; GIR, E. Quality of

life of elderly people living with HIV/aids in outpatient follow-up. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.71, n.11, 2018.

CAMARGO, L.A; CAPITÃO, C.G; FILIPE, E.M.G. Saúde mental, suporte familiar e adesão ao tratamento: associações no contexto HIV/aids. **Psico-USF**, Bragança Paulista, v.19, n.2, 2014.

CARRAPATO, P; CORREIA, P; GARCIA, B. Health determinants in Brasil: searching for health equity. **Saúde Soc. São Paulo**, v.26, n.3, 2017.

CARVALHO, P.P; BARROSO, S.M; COELHO, H.C, PENAFORTE, F.R.O. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: Revisão integrativa de literatura. **Cien Saúde Colet [periódico na internet]**, Out. 2017.

CASSEL, J. The contribution of the social environment to host resistance. **American Journal of Epidemiology**, v.104, n.2, 1976.

CASSÉTTE, J.B; SILVA, L.C; FELÍCIO, E.E.A; SOARES, L.A; MORAIS, R.A.M; PRADO, T.S. HIV/aids among the elderly: stigmas in healthcare work and training. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.19, n.5, 2016.

CASTRIGHINI, C.C; REIS, R.K; NEVES, L.A.S; BRUNINI, S; CANINI, S.R.M; GIR, E. Evaluation of self-esteem in people living with HIV/aids in the city of Ribeirão Preto, state of São Paulo, Brazil. **Text Context Nursing**, Florianópolis, v. 22, n.4, 2013.

CERQUEIRA, M.B.R; RODRIGUES, R.N. Factors associated with the vulnerability of older people living with HIV/aids in Belo Horizonte (MG), Brazil. **Ciênc. saúde coletiva [online]**. v.21, n.11, 2016.

CÉSAR, C.C; MAMBRINI, J.V.M; FERREIRA, F.R; COSTA, M.F.L. Capacidade funcional de idosos: análise das questões de mobilidade, atividades básicas e instrumentais da vida diária via Teoria de Resposta ao Item. **Cad. Saúde Pública**. Rio de Janeiro, v.31, n.5, 2015.

CHOW, E.P.F; GRULICH, A.E; FAIRLEY, C.K. Epidemiology and prevention of sexually transmitted infections in men who have sex with men at risk of HIV. **The Lancet HIV**, v.19, 2019.

CHRISTO, P.P. Alterações cognitivas na infecção pelo HIV e Aids. **Rev Assoc Med Bras**. v. 56, n.2, 2010.

COHEN, C.J; MEYERS, J.L; DAVIS, K.L. Association between daily antiretroviral pill burden and treatment adherence, hospitalisation risk, and other healthcare utilisation and costs in a US medicaid population with HIV. **BMJ Open**, v.3, 2013.

COOB, S. Social support as a moderator of life stress. **Psychosomatic Medicine**, v.38, n.5, 1976.

COUTINHO, M.F.C; O'DWYER, G; FROSSARD, V. Antiretroviral treatment: adherence and the influence of depression in users with HIV/aids treated in primary care. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.42, n.116, 2018.

CRUZ, G.E.C.P; RAMOS, L.R. Idosos portadores de HIV e vivendo com AIDS no contexto da capacidade funcional. **Acta Paul Enferm**, v. 25, n.6, 2012.

CRUZ, G.E.C.P; RAMOS, L.R. Limitações funcionais e incapacidades de idosos com síndrome de imunodeficiência adquirida. **Acta Paul Enferm**. v.28, n.5, 2015.

DAGLI-HERNANDEZ, C; LUCCHETTA, R.C; NADAI, T.R; GALDURÓZ, J.C.F; MASTROIANNI, P.C. Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. **Patient Prefer Adherence**. v.10, 2016.

DAHLGREN, G; WHITEHEAD, M. **Policies and strategies to promote social equity in health: Background document to WHO - Strategy paper. for Europe**. Copenhagen: World Health Organization, 1992.

EARNSHAW, V.A; LANG, M.S; LIPPITT, M; JIN, H; CHAUDOIR, S.R HIV stigma and physical health symptoms: do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources? **AIDS Behav**, v.19, n.1, 2015.

ETTENHOFER, M.L; INKIN, C.H; CASTELLON, S.A; DURVASULA, R; ULLMAN, J; LAM, M et al. Aging, Neurocognition, and Medication Adherence in HIV Infection. **Am J Geriatr Psychiatry**., v.17, n.4, 2009.

FÁVERO, L.P.L; BELFIORE, P.P; SILVA, F.L; CHAN, B.L. **Análise de dados: modelagem multivariada para tomada de decisões**. Rio de Janeiro: Elsevier, 2009.

FERNANDES, M.T.O; SOARES, S.M. O desenvolvimento de políticas públicas de atenção ao idoso no Brasil. **Rev Esc Enferm USP**, v.46, n.6, 2012.

FRAZIER, E.L; SUTTON, M.Y; TIE, Y; COLLISON, M; DO, A. Clinical Characteristics and Outcomes Among Older Women with HIV. **J Womens Health (Larchmt)**, v.27, n.1, 2018.

FREITAS, F.F.Q; BELEZA, C.M.F; FURTADO, I.Q.C.G; FERNANDES, A.R.K; SOARES, S. M. Análise temporal do estado funcional de idosos do estado da Paraíba. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v.71, n.2, 2018.

FREITAS, J.G.A; NIELSON, S.E.O; PORTO, C.C. Adherence to pharmacological treatment in hypertensive elderly: an integrative literature review. **Rev Soc Bras Clin Med.**, v.13, n.1, 2015.

FREUND, J.E; SIMON, G.A. **Estatística aplicada: Economia. Administração e Contabilidade**. 11. ed. Porto Alegre: Bookman, 2006.

FURINI, A.A.C; NEVES, E.R; FERREIRA, G.A; RODRIGUES, J.F; JORGE, L.S; MACHADO, R.L.D. HIV/aids: relation between TCD4 + lymphocyte levels and viral load with diagnosis time. **Arq. Ciênc. Saúde**, v.23, n.4, 2016.

GARBIN, C.A.S; GATTO, R.C.J; GARBIN, A.J.I. Adherence to antiretroviral therapy in HIV-seropositive patients in Brazil: a literature review. **Arch Health Invest**, v.6, n.2, 2017.

GARBOIS, J.A; SODRÉ, F; DALBELLO-ARAÚJO, M. From the notion of social determination to one of social determinants of health. **Saúde Debate**. Rio de Janeiro, v.41, n.112, 2017.

GAVASSO, W.C; BELTRAME, V. Functional capacity and reported morbidities: a comparative analysis in the elderly. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.20, n.3, 2017.

GÓES, C.C. **Estudo neurocognitivo de pacientes com HIV e as suas relações com a qualidade de vida e adesão ao tratamento**. 2006. 86f. Dissertação (Mestrado em Desenvolvimento e Aprendizagem) – Faculdade de Ciências, Bauru, 2006.

GÓIS, A.R.S; OLIVEIRA, D.C; COSTA, S.F.G; OLIVEIRA, R.C; ABRÃO, F.M.S. Representações sociais de profissionais da saúde sobre as pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Av.enferm. [Internet]**. v. 35, n.2, 2017.

GOTTARDO, L.F.S; FERREIRA, M.C. Social support, core self-evaluations and well-being in health workers. **Arq. bras. psicol. [online]**. v.67, n.1, 2015.

GREENE, M; COVINSKY, K.E; VALCOUR, V; MIAO, Y; MADAMBA, J; LAMPIRIS, H *et al.* Geriatric Syndromes in Older HIV-Infected Adults. **J Acquir Immune Defic Syndr.**, v.69, n.2, 2015.

GÜTHS, J.F.S; JACOB, M.H.V.M; SANTOS, A.M.P.V; AROSSI, G.A; BÉRIA, J.U. Sociodemographic profile, family aspects, perception of health, functional capacity and depression in institutionalized elderly persons from the north coastal region of Rio Grande do Sul, Brazil. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.20, n. 2, 2017.

HAN, N; WRIGHT, S.T; O'CONNOR, C.C; HOY, J; PONNAMPALAVANAR, S; GROTOWSKI, M. HIV and aging: insights from the Asia Pacific HIV Observational Database (APHOD). **HIV Med.**, v,16, n.3, 2015.

HEIDARI, S. Sexuality and older people: a neglected issue. **Reproductive Health Matters**, v.24, n.1, 2016.

HOSAKA, K.R.J; GREENE, M; PREMEAUX, T.A; JAVANDEL, S; ALLEN, I.E; NDHLOVU, L.C *et al.* Geriatric Syndromes in Older Adults Living with HIV and Cognitive Impairment. **The American Geriatrics Society**, v.0, n.0, 2019.

HSJ. Hospital São José de Doenças Infecciosas. Governo do Estado do Ceará. Secretaria de Saúde. **Quem somos**. Disponível em:<http://www.hsj.ce.gov.br/index.php?option=com_content&view=article&id=658&Itemid=196>. Acesso em: 06 Jun. 2019.

HULLEY, S.B; CUMMINGS, S.R; BROWNER, W.S; GRADY, D.G; NEWMAN, T.B. **Delineando a pesquisa clínica**. 4. ed. Porto Alegre: Artmed, 2015.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística. **Síntese de Indicadores Sociais: uma análise das condições de vida da população brasileira**. Rio de Janeiro: IBGE, 2015.

JIMÉNEZ-GUERRERO, L; NÚÑEZ-NÚÑEZ, M; CASTAÑEDA-MACÍAS, I; CASTILLO, S.S.F. Interacciones potenciales en una cohorte de pacientes VIH positivos de edad avanzada. **Farmacia Hospitalaria**, v.42, n.1, 2017.7

JOHN, M.D; GREENE, M; HESSOL, N.A; ZEPF, R; PARROTT, A.H; FOREMAN, C; BOURGEOIS, J; GANDHI, M; HARE, C.B. Geriatric Assessments and Association With VACS Index Among HIV-Infected Older Adults in San Francisco. **J Acquir Immune Defic Syndr**, v. 15, n. 72, 2016.

JOHS N.A; WU, K; TASSIOPOULOS, K; KOLETAR, S.L; KALAYJIAN, R.C; ELLIS, R.J *et al.* Disability among middle-aged and older persons with Human Immunodeficiency Virus infection. **Clinical Infectious Diseases**, v.65, n.1, 2017.

JÚNIOR, E.B.S; OLIVEIRA, L.P.A.B; SILVA, R.A.R. Chronic non-communicable diseases and the functional capacity of elderly people. **J. res.: fundam. care. Online**, v.6, n.2, 2014.

KELLY, J.D; HARTMAN, C; GRAHAM, J; KALLEN, M.A; GIORDANO, T.P. Social support as a predictor of early diagnosis, linkage, retention, and adherence to HIV care: Results from the Steps Study. **J Assoc Nurses AIDS Care.**, v.25, n.5, 2014.

KNOBEL, H; ALONSO, J; CASADO, J.L; COLLAZOS J; GONZAÁLEZ, J; RUIZ, I; KINDELAN, J.M; CARMONA, A; JUEGA, J; OCAMPO, A. Validation of a simplified medication adherence questionnaire in a large cohort of HIV-infected patients: the GEEMA Study. **AIDS**, v.16, 2002.

KOIRALA, S; DEUBA, K; NAMPAISAN, O; MARRONE, G; EKSTRÖM, A.M. Facilitators and barriers for retention in HIV care between testing and treatment in Asia-A study in Bangladesh, Indonesia, Lao, Nepal, Pakistan, Philippines and Vietnam. **PLOS One**, v.12, n.5, 2017.

KONG, C.M; NAHATA, C.M; LACOMBE, A.V; SEIBER, E.E; BALKRISHNAN, R. Association between race, depression, and antiretroviral therapy adherence in a low-income population with HIV infection. **J Gen Intern Med**, v.27, n.9, 2012.

KUBRUSLY, L.S. Um procedimento para calcular índices a partir de uma base de dados multivariados. **Revista Pesquisa Operacional**, v.21, n.1, 2001.

LAWTON, M.P; BRODY, E.M. Assessment of older people: Self-Maintaining and Instrumental Activities of Daily Living. **The Gerontologist**, v.9, n.3, 1969.

LAWTON, M.P; MOSS, M; FULCOMER, M; KLEBAN, M.H. A research and service oriented multilevel assessment instrument. **J Gerontol.** v. 37, n.1, 1982.

LENZI, L; TONIN, F.S; SOUZA, V.R; PONTAROLO, R. Suporte Social e HIV: relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento. **Psic.: Teor. e Pesq.**, Brasília, v. 35, 2018.

LEHAVOT, K; HUH, D; WALTERS, K.L; KING, K.M; ANDRASIK, M.P; SIMONI, J.M. Buffering effects of general and medication-specific social support on the association between

substance use and HIV medication adherence. **AIDS PATIENT CARE and STDs**, v.25, n.3, 2011.

LEITE, M.A. **Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/aids**. 2016. 93f. Dissertação (Mestrado em Ciências) - Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, São Paulo, 2016.

LI, J.Q; LIU, M; LYU, X.Y; TANG, R; YANG, X; YIN, M *et al.* Prevalence of chronic diseases and associate factors on daily activities in male oldest-olds. **Zhonghua Liu Xing Bing Xue Za Zhi**, v.40, n.5, 2019.

LI, X.M; Yuan, X.Q; Rasooly, A; Bussell, S; Wang, J.J; Zhang, W.Y. An evaluation of impact of social support and care-giving on medication adherence of people living with HIV/aids: a nonrandomized community intervention study. **Medicine**, v.97, n.28, 2018.

LIFSON, A.R; WORKNEH, S; HAILEMICHAEL, A; DEMISSIE, W; SLATER, L; SHENIE, T. Perceived social support among HIV patients newly enrolled in care in rural Ethiopia. **AIDS Care**, v.27, n.11, 2015.

LINLEY, L; PREJEAN, J; AN, Q; CHEN, M; HALL, H.I. Racial/Ethnic Disparities in HIV Diagnoses Among Persons Aged 50 Years and Older in 37 US States, 2005-2008. **American Journal of Public Health**, v.102, n.8, 2012.

MACCARTHY, S. BRIGNOL, S; REDDY, M; NUNN, A; DOURADO, I. Late presentation to HIV/aids care in Brazil among men who self-identify as heterosexual. **Rev Saúde Pública**, v.50, n.54, 2016.

MACÊDO, L.P.V; COSTA, M.M.L; VIEIRA, G.A.C.M. Relation between the functional capacity of the elderly and institutionalization: an integrative review. **J. res.: fundam. care. Online**, v.10, n.2, 2018.

MANN, J; TARANTOLA, D.J.M; NETTER, T.W. **Como avaliar a vulnerabilidade à infecção pelo HIV e AIDS**. In: A aids no mundo. Rio de Janeiro: Relume Dumará: ABIA: IMS, UERJ, 1993.

MARCHI, M.C. **Suporte social e adesão ao tratamento antirretroviral de adultos que vivem com HIV/aids**. 2014. 82f. Dissertação (Mestrado em Cuidado e Educação em Enfermagem) – Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, 2014.

MEDEIROS, A.R.C; LIMA, R.L.F.C; MEDEIROS, L.B; MORAES, R.M; VIANNA, R.P.T. Analysis of surviving of people living with HIV/aids. **Rev enferm UFPE online.**, Recife, v.11, n.1, 2017.

MELNYK, B.M; FINEOUT-OVERHOLT, E. Making the case for evidence-based practice. In: MELNYK, B.M; FINEOUT-OVERHOLT, E. **Evidencebased practice in nursing & healthcare**. A guide to best practice. Philadelphia: Lippincot Williams & Wilkins; 2005.

MAHONEY, F.I; BARTHEL, D.W. Functional evaluation: The Barthel Index. **Maryland State Medical Journal**, v.14, 1965.

MCCULLAGH, C; QUINN, K; VOISIN, D.R; SCHNEIDER, J. A longitudinal examination of factors associated with social support satisfaction among HIV positive young Black men who have sex with men. **AIDS CARE**, 2017.
<http://dx.doi.org/10.1080/09540121.2017.1332333>

MCDOWELL, I. **Measuring Health: a Guide to Rating Scales and Questionnaires**. 3^a ed. Oxford: University Press, 1996.

MENDES, K.D.S; SILVEIRA, R.C.C.P; GALVÃO, C.M. Revisão Integrativa: Método de pesquisa para a incorporação de evidências na saúde e na enfermagem. **Texto Contexto Enferm**, Florianópolis, v.17, n.4, p.758-64, Out-Dez. 2008.

MINOSSO, J.S.M; AMENDOLA, F; ALVARENGA, M.R.M; OLIVEIRA, M.A.C. Prevalência de incapacidade funcional e dependência em idosos atendidos em um centro de saúde-escola da Universidade de São Paulo. **Cogitare Enferm**, v.15, n.1, 2010.

MORETTIN, P.A; BUSSAB, W.O. **Estatística básica**. Editora Saraiva, 2017.

MORISKY, D.E; GREEN, L.W; LEVINE D.M. Concurrent and predictive validity of a self-reported measure of medication adherence. **Med Care**, v.24, n.1, 1986.

OKUNO, M.F.P; GOMES, A.C; MEAZZINI, L; JÚNIOR, G.S; JUNIOR, D.B; BELASCO, A.G.S. Quality of life in elderly patients living with HIV/aids. **Cad. Saúde Pública**, Rio de Janeiro, v.30, n.7, 2014.

OLIVEIRA, E.C; LEITE, J.L; FULY, P.S.C. Management of care for elderly women with HIV/aids in a service for the care of infectious and parasitic diseases. **R. Enferm. Cent. O. Min.** v.5, n.1, 2015.

OLIVEIRA, F.B.M; MOURA, M.E.B; ARAUJO, T.M.E; ANDRADE, E.M.L.R. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Acta paul. enferm. [online]**., v.28, n.6, 2015.

ONU. Organização das Nações Unidas. **Concise Report on the World Population Situation**. United Nations, 2014.

ONU. Organização das Nações Unidas. **World Population Ageing 2017 Highlights**. United Nations, 2017.

ONUSIDA. Programa Conjunto de Las Naciones Unidas sobre el HIV/SIDA. **Informe sobre la epidemia mundial de SIDA: Resumen de orientación**. ONUSIDA. ONUSIDA, 2006.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. UNAIDS. **Get on the fast-track: The life-cycle approach to HIV**. OMS, 2016a. Disponível em:
<<http://www.unaids.org/en/resources/documents/2016/get-on-the-fast-track>>. Acesso em: 19 Out. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Consolidated guidelines on the use of antiretroviral drugs for treating and preventing HIV infection: recommendations for a public health approach.** 2. ed. OMS, 2016b.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Ending AIDS, 90-90-90 Targets. Global AIDS Update.** OMS, 2017. Disponível em: <http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/Global_AIDS_update_2017_en.pdf>. Acesso em 4 Set. 2017.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. UNAIDS. **Indetectável = Intransmissível. Saúde pública e supressão da carga viral do HIV.** OMS, 2018a. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2018/07/indetectavel-intransmissivel/>>. Acesso em 09 Jul. 2019.

OMS. ORGANIZAÇÃO MUNDIAL DA SAÚDE. **Quedas. Datos y cifras.** Genebra: OMS; 2018. Disponível em: <<https://www.who.int/es/news-room/fact-sheets/detail/falls>>. Acesso em 15 Jul. 2019.

OPAS. Organização Pan-Americana da Saúde. **Folha informativa – Depressão.** OPAS, 2018. Disponível em: <https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5635:folha-informativa-depressao&Itemid=1095>. Acesso em: 16 Jul. 2019.

PADOIN, S.M.M; CARDOSO, P.C; SPIEGELBERG, Z.S; FERREIRA, L.T; ÉRIKA, E; RIBEIRO, P.M. AIDS Antiviral Therapy in adults over 50 years old: non adherents prevalence and classification. **Enfermería Global**, n.31, 2013.

PADOIN, S.M.M; MARCHI, M.C; SANTOS, W.M; QUADROS, J.S; LANGENDOR, T.F; PAULA, C.C. The influence of marital status in social support in people infected by HIV. **Revista de Enfermagem do Centro-Oeste Mineiro**, v.8, 2018.

PADOIN, S.M.M; PAULA, C.C; ZUGE, S.S; PRIMEIRA, M.R; SANTOS, E.E.P; TOLENTINO, L.C. Factors associated to non adherence to antirretroviral treatment in adults above 50 years old who have HIV/aids. **DST - J bras Doenças Sex Transm**, v.23, n.4, 2011.

PEDROSA, S.C; FIUZA, M.L.T; CUNHA, G.H; REIS, R.K; GIR, E; GALVÃO, M.T.G; CARVALHO, A.F. Suporte social de pessoas que vivem com a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida. **Texto contexto - enferm. [online]**, v.25, n.4, 2016.

PEREIRA, E.E.B; SOUZA, A.B.F; CARNEIRO, S.R; SARGES, E.S.N.F. Global functionality of hospitalized elderly. **Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.**, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2014.

PINHEIRO, C.A.T; SOUZA, L.D.M; MOTTA, J.V.S; KELBERT, E.F; SOUZA, M.S; MARTINS, C.S.R; COELHO, F.M.C; PINHEIRO, K.A.T; PINHEIRO, R.T. Depression and diagnosis of neurocognitive impairment in HIV-positive patients. **Braz J Med Biol Res.** Ribeirão Preto, v.49, n.10, 2016.

PIMENTA, F.B; PINHO, L; SILVEIRA, M.F; BOTELHO, A.C.C. Factors associated with chronic diseases among the elderly receiving treatment under the Family Health Strategy.

Ciênc. saúde coletiva [online]. v.20, n.8, 2015.

PINTO, A.H; LANGE, C; PASTORE, C.A; LLANO, P.M.P; CASTRO, D.P; SANTOS F. Capacidade funcional para atividades da vida diária de idosos da Estratégia de Saúde da Família da zona rural. **Ciênc. saúde coletiva [Internet].** v. 21, n.11, 2016.

POLEJACK, L; SEIDL, E.M.F. Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/aids: challenges and possibilities. **Ciência & Saúde Coletiva**, v.15, n.1, 2010.

POLIT, D.F; BECK, C.T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2019.

REGO, S.R.M; OLIVEIRA, C.F.A; REGO, D.M.S; JÚNIOR, R.F.S; SILVA, V.B. Study of self-report of adherence and problematic use of alcohol in a population of individuals with AIDS using HAART. **J Bras Psiquiatr**, v.60, n.1, 2011.

RENWICK, R; HALPEN, T. Description and validation of a measure of received support specific to HIV. **Psychological Reports**, v.84, 1999.

RODRIGUES, D.A.L; PRAÇA, N.S. Mulheres com idade igual ou superior a 50 anos: ações preventivas da infecção pelo HIV. **Rev Gaúcha Enferm.**, Porto Alegre (RS), v. 31, n.2, 2010.

SANTOS, L.S.F; CAMACHO, A.C.L.F; OLIVEIRA, B.G.R.B; BERTANHA, A.S.M; NOGUEIRA, G.A; JOAQUIM, F.L *et al.* Functional capacity of patients with venous ulcers. **Nursing (São Paulo)**, v.22, n.250, 2019.

SANTOS, M.A; GUIMARÃES, M.D.C; HELENA, E.T.S; BASSO, C.R; VALE, F.C; CARVALHO, W.M.D.E.S *et al.* Monitoring self-reported adherence to antiretroviral therapy in public HIV care facilities in Brazil: A national cross-sectional study. **Medicine (Baltimore)**, v.97, n.1, 2018b.

SANTOS, V.F; PEDROSA, S.C; AQUINO, P.S; LIMA, I.C.V; CUNHA, G.H; GALVÃO, M.T.G. Social support of people with HIV/aids: the Social Determinants of Health Model. **Rev Bras Enferm [Internet]**, v.71, n.11, 2018a.

SANTOS, W.J; DRUMOND, E.F; GOMES, A.S; CORRÊA, C.M; FREITAS, M.I.F. Barriers and facilitators aspects of adherence to antiretroviral therapy in Belo Horizonte-MG. **Rev Bras Enferm**, Brasília, v.64, n.6, 2011.

SANTOS, W.M; PADOIN, S.M.M; MAGNAGO, T.S.B.S; DALMOLIN, G.L; ZUGE, S.S. Factors involved between social support and self-efficacy in HIV-infected individuals. **Sci Med**, v.25, n.2, 2015.

SEIDL, E.M.F; TRÓCCOLI, B.T. Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. **Psic.: Teor. e Pesq. [online].** v.22, n.3, 2006.

SEIDL, E.M.F; ZANNON, C.M.L.C; TRÓCCOLI, BT. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. **Psicol. Reflex. Crit. [online].** v.18, n.2, 2005.

SESA. Secretaria de Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Vigilância em Saúde. Núcleo de Vigilância Epidemiológica. **Boletim epidemiológico: HIV/aids**. SESA, 2018.

SESA. Secretaria da Saúde do Estado do Ceará. Coordenadoria de Políticas em Saúde. Núcleo de Epidemiologia. **Informe Epidemiológico Aids**. SESA, 2005.

SILVA, N.A; MENEZES, T.N. Functional capacity and its association with age and sex in an elderly population. **Rev. bras. cineantropom. desempenho hum. [online]**. v.16, n.3, 2014.

SKARBINSKI, J; ROSENBERG, L; GABRIELA, PAZ-BAILEY; IRENE, H.H; ROSE, C.E; ABIGAIL H.V; JENNIFER, L.F; AMY, L; JONATHAN, H.M. Human Immunodeficiency Virus Transmission at Each Step of the Care Continuum in the United States. **JAMA Intern Med**. v.175, n.4, 2015.

SLATER, L.Z; MONEYHAM, L; VANCE, D.E; RAPER, J.L; MICHAEL, J.M; CHILDS, G. Support, Stigma, Health, Coping, and Quality of Life in Older Gay Men With HIV. **Journal of the Association of Nurses in Aids Care**, v.24, n.1, 2013.

SMITH, A.Z; SILVA, A.O; RODRIGUES, R.A.P; MOREIRA, M.A.S.P; NOGUEIRA, J.A; TURA, L.F.R. Assessment of risk of falls in elderly living at home. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**.v.25, 2017.

SOLOMON, P; O'BRIEN, K; WILKINS, S; GERVAIS, N. Aging with HIV: A Model of Disability. **Journal of the International Association of Providers of AIDS Care**. v.13, n.6, 2014.

TAVOSCHI, L; DIAS, J.G; PHARRIS, A. New HIV diagnoses among adults aged 50 years or older in 31 European countries, 2004–15: an analysis of surveillance data. **The Lancet HIV**, v.17, 2017.

TRONCOSO, F.T; CONTERNO, L.O. Prevalence of neurocognitive disorders and depression in a Brazilian HIV population. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v.48, n.4, 2015.

TSEGA, B; SRIKANTH, B.A; SHEWAMENE, Z. Determinants of non-adherence to antiretroviral therapy in adult hospitalized patients, Northwest Ethiopia. **Patient Preference and Adherence**, v.9, 2015.

TSEGAW, M; ANDARGIE, G; ALEM, G; TAREFE, M. Screening HIV-associated neurocognitive disorders (HAND) among HIV positive patients attending antiretroviral therapy in South Wollo, Ethiopia. **Journal of Psychiatric Research**. v. 85, 2017.

TUFANO, C.S; AMARAL, R.A; CARDOSO, L.R.D; MALBERGIER, A. The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. **São Paulo Med J**. v.133, n.3, 2015.

UNAIDS. Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids. **UNAIDS pede por melhor integração entre serviços de saúde mental e HIV**. UNAIDS, 2018. Disponível em: <<https://unaids.org.br/2018/10/unaids-pede-por-melhor-integracao-entre-servicos-de-saude->

mental-e-de-hiv/>. Acesso em: 16 Jul. 2019.

VALE, F.C; SANTA-HELENA, E.T; SANTOS, M.A; CARVALHO, W.M.E.S; MENEZES, P.R; BASSO, C.R *et al.* Desenvolvimento e validação do Questionário WebAd-Q para monitorar adesão à terapia do HIV. **Rev Saúde Pública**, v.51, n. 62, 2018.

VINCENT, W; FANG, X; CALABRESE, S.K; HECKMAN, T.G; SIKKEMA, K.J; HANSEN, N.B. HIV-related shame and health-related quality of life among older, HIV-positive adults. **J Behav Med.** v.40, n.3, 2017.

VIEIRA, G.D; ALVES, T.C; SOUSA, C.M. Aids profile in individuals over 50 years old in the Amazon region. *Rev. Bras. Geriatr. Gerontol.*, Rio de Janeiro, v.17, n.1, 2014.

WANG, W; XIAO, C; YAO, X; YANG, Y; YAN, H; LI, S. Psychosocial health and suicidal ideation among people living with HIV/aids: A crosssectional study in Nanjing, China. **PLOS ONE**, v. 22, 2018.

WYL, V.V; KLIMKAIT, T; YERLY, S; NICCA, D; FURRER, H; CAVASSINI, M *et al.* Adherence as a predictor of the development of class-specific resistance mutations: the swiss HIV cohort study. **PLOS ONE**, v.8, n.10, 2013.

XU, Y; LIN, X; CHEN, S; LIU, Y; LIU, H. Ageism, resilience, coping, family support, and quality of life among older people living with HIV/aids in Nanning, China. **Global Public Health**, 2016. <http://dx.doi.org/10.1080/17441692.2016.1240822>.

ZHAO, W.Y; YU, H.L; YE, S.D; WU, Y.S; WANG, M; LAO, Y.F *et al.* Factors associated with adherence of highly active antiretroviral therapy among 386 HIV/aids patients in 3 provinces of China. **Zhonghua Yu Fang Yi Xue Za Zhi**, v.50, n.4, 2016.

ZUQUE, M.A.S; MEIRA, D.A; FORTALEZA, C.M.C.B. Demographic determinants of survival of people living with HIV attending an outpatient reference unit in the City of Três Lagoas, State of Mato Grosso do Sul, Brazil, in the period 1984-2009. **Rev Soc Bras Med Trop**, v. 46, n.1, 2013.

APÊNDICE A – INSTRUMENTO DE COLETA DA REVISÃO DE LITERATURA

AUTOR/ANO	
TÍTULO	
PERIÓDICO	
OBJETIVO	
TIPO DE ESTUDO	
NÍVEL DE EVIDÊNCIA	
MÉTODO/POPULAÇÃO	
RESULTADOS	

APÊNDICE B – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)

Você está sendo convidado (a) por mim, Tyane Mayara Ferreira de Oliveira, como participante da pesquisa intitulada “Pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids no estado do Ceará: análise geoespacial, aspectos clínicos, imunológicos e estratégias de intervenção”. Você não deve participar contra a sua vontade. Leia atentamente as informações abaixo e faça qualquer pergunta que desejar, para que todos os procedimentos desta pesquisa sejam esclarecidos.

A pesquisa tem como objetivo analisar a distribuição espacial, características sociais, epidemiológicas, imunológicas, cognitivas e adesão ao tratamento de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids no estado do Ceará. Relacionados a esse objetivo, precisarei conhecer sobre os aspectos sociais, demográficos, clínicos e imunológicos relacionados a você, assim como a sua capacidade funcional, o seu grau de satisfação com o suporte social que vem recebendo e como está a sua adesão ao tratamento medicamentoso contra o vírus do HIV, por intermédio de formulários.

Assim, necessito da sua colaboração na participação do estudo por meio da assinatura neste termo de consentimento. Caso aceite participar da pesquisa, será possível o (a) senhor (a) conhecer como está o seu desempenho nas chamadas Atividades Básicas e Instrumentais de Vida Diária, levando em consideração atividades como alimentar-se, vestir-se e realizar compras. Assim como saber o grau de satisfação sobre o auxílio que tem recebido de diferentes pessoas com quem se relaciona e, por fim, conhecer como está a sua adesão ao tratamento.

Ressalto que os instrumentos abordam algumas questões de cunho pessoal, o que pode lhe causar algum sentimento constrangedor, mas dou-lhe a garantia de estar preparada para auxiliá-lo (a) no que for preciso. Asseguro também que as informações obtidas serão utilizadas apenas para a realização desse estudo e entre os profissionais estudiosos do assunto. O (a) senhor (a) tem o direito de recusar a continuar participando da pesquisa e também de retirar o seu consentimento a qualquer momento, se assim desejar, sem que a desistência possa lhe trazer qualquer prejuízo. Além disso, o (a) senhor (a) poderá a qualquer momento ter acesso às informações referentes à pesquisa, pelo telefone ou endereço da pesquisadora destacado ao final desse termo. A sua identidade será preservada tanto durante a condução do estudo quanto em publicações posteriores, exceto aos responsáveis pela pesquisa. Informo, finalmente, que a entrevista será realizada no presente Hospital em local reservado, podendo durar em média 20 minutos, não lhe causando prejuízos ou ganhos financeiros.

Esse Termo de Consentimento Livre e Esclarecido será impresso em duas vias, sendo que uma ficará comigo (pesquisadora) e a outra com você (participante). Ademais, estarei à disposição para solucionar quaisquer dúvidas.

Endereço da responsável pela pesquisa:

Nome: Tyane Mayara Ferreira de Oliveira
Instituição: Universidade Federal do Ceará
Endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115.
Telefone para contato: (85) 3366-8464

ATENÇÃO: Se você tiver alguma consideração ou dúvida, sobre a sua participação na pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da UFC/PROPESQ – Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 - Rodolfo Teófilo, fone: 3366-8344. (Horário: 08:00-12:00 horas de segunda a sexta-feira).

O CEP/UFC/PROPESQ é a instância da Universidade Federal do Ceará responsável pela avaliação e acompanhamento dos aspectos éticos de todas as pesquisas envolvendo seres humanos.

O abaixo assinado _____, ____ anos, RG: _____, declara que é de livre e espontânea vontade que está como participante de uma pesquisa. Eu declaro que li cuidadosamente este Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e que, após sua leitura, tive a oportunidade de fazer perguntas sobre o seu conteúdo, como também sobre a pesquisa, e recebi explicações que responderam por completo minhas dúvidas. E declaro, ainda, estar recebendo uma via assinada deste termo.

Fortaleza, ____/____/____

Nome do participante da pesquisa	Data	Assinatura
Nome do pesquisador principal	Data	Assinatura
Nome do profissional que aplicou o TCLE	Data	Assinatura

ANEXO A – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS DE SAÚDE



Questionário

PROJETO VIH – TRANSTORNOS NEUROCOGNITIVOS

Parte I – DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

Questionário n.º Data de preenchimento: 1. Idade 2. Género Feminino Masculino3. Nacionalidade Portuguesa Outra. Especifique Se outra, há quanto tempo reside em Portugal (Em meses)? 4. Estado civil Solteiro(a) Casado(a)/ União de facto Viúvo(a) Divorciado(a)

5. Escolaridade

 4º ano ou equivalente 9º ano ou equivalente 12º ano ou equivalente Ensino superior Outro. Especificar

6. Situação perante o trabalho

 Empregado Desempregado Reformado Outro. Especificar 7. Profissão

Informações clínicas

8. Como adquiriu o VIH? 9. Tipo de vírus (Se souber) VIH-1 VIH-2 VIH-1 e VIH-210. Há quantos anos é portador da infeção por VIH? 11. Tem conhecimento de estar infectado pelo vírus da Hepatite B? Sim Não Desconhecido12. Tem conhecimento de estar infectado pelo vírus da Hepatite C? Sim Não Desconhecido

13. É portador de outra doença?

 Não Sim. Especifique

14. Alguma vez esteve internado devido à infeção por VIH?

 Não Sim. Especifique



29399



15. Alguma vez apresentou doenças oportunistas (candidíase, tuberculose, toxoplasmose, linfomas, sarcoma de Kaposi, entre outras)?

Não

Sim Especifique

16. Com quem vive? (pode assinalar mais do que uma opção)

Só

Marido/Esposa/Companheiro(a)

Filhos

Pais

Outro Especifique

17. Valores da carga viral se souber 1ª consulta Última consulta

18. Valores linfócitos TCD4+ se souber 1ª consulta Última consulta

19. Faz medicação antiretroviral? Não Sim

19.1 Se sim, há quanto tempo?

Menos de 6 meses

6 meses - 1 ano

Mais de 1 ano

Especifique

20. Há algo que deseja acrescentar sobre a sua doença?

Não

Sim Especifique

ANEXO B – QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO DE ADESÃO À MEDICAÇÃO

O SMAQ possui seis questões, sendo a correção do instrumento efetuada a partir das respostas mencionadas pelo avaliando. **Cotação:** não aderente ao tratamento (responder “sim” para as questões 1, 2, 3 e 5); ou afirmar ter deixado de tomar os remédios mais de duas vezes na semana passada (pergunta 4) ou se declarar não ter tomado mais de dois dias nos três últimos meses (pergunta 6).

Parte II – QUESTIONÁRIO SIMPLIFICADO DE ADESÃO À MEDICAÇÃO (KNOBEL et al., 2002)

1. Alguma vez se esqueceu de tomar os seus medicamentos? Não
 Sim
2. Por vezes descuidou-se na toma dos seus medicamentos? Não
 Sim
3. Já interrompeu por vezes a toma dos medicamentos por se sentir mal? Não
 Sim
4. Pense na semana passada. Quantas vezes não tomou os medicamentos? Nunca
 1-2 vezes
 3-5 vezes
 6-10 vezes
 > 10 vezes (mais de 10 vezes)
5. Não tomou algum dos seus medicamentos durante o fim de semana passado? Não
 Sim
6. Nos últimos três meses, quantos dias deixou de tomar todos os medicamentos? 0-2 dias
 3 dias ou mais

ANEXO C – ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

Esta escala é composta 22 itens com respostas de cinco pontos do tipo *Likert* de cinco pontos. Em um primeiro momento é avaliada a frequência do suporte (1 = nunca, 2 = raramente, 3 = às vezes, 4 = frequentemente, 5 = sempre) e, em um segundo, a satisfação (1 = muito insatisfeito, 2 = insatisfeito, 3 = nem satisfeito nem insatisfeito, 4 = satisfeito, 5 = muito satisfeito). Escores elevados indicam uma maior percepção de disponibilidade e maior satisfação com o suporte.



PARTE IV: ESCALA DE SUPORTE SOCIAL PARA PESSOAS PORTADORAS DE HIV/AIDS

Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS

Esta escala é sobre o apoio ou ajuda que tem recebido de diferentes pessoas com quem se relaciona. Por favor, informe a frequência dos diferentes tipos de apoio que tem recebido em relação a soropositividade e a satisfação quanto a cada um deles. Pedimos que não deixe nenhuma questão em branco.

1. Tem recebido apoio de alguém em situação concreta, facilitando a realização do seu tratamento? (Ex: tomar conta dos filhos quando tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação)				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
1.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2. Tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3. Tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia? (Ex: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparação de refeições ou qualquer outra atividade cotidiana)				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4. Tem recebido apoio de alguém em relação aos seus próprios cuidados de saúde? (Ex: lembrar a hora de tomar um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um medicamento para si, acompanhá-lo numa consulta ou qualquer outra situação)				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



29399



5. Tem recebido apoio de alguém com quem possa contar em caso de necessidade?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

5.2 Com base nos tipos de apoio mencionado acima (questões 1 a 5), preencha a opção ou opções da(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio?

- Marido, esposa(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- Pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem?
- Pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem?
- Amigo(s)
- Chefe ou colega(s) de trabalho
- Vizinho(s)
- Profissionais de saúde
- Outra(s) pessoa(s) Quem?

6. Tem recebido apoio de alguém que o/a faz você sentir valorizado(a) como pessoa?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

7. Tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados com a sua doença?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8. Tem recebido apoio de alguém que lhe oferece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>



29399



9. Tem recebido apoio de alguém que faz senti-lo/a integrado socialmente?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

10. Tem recebido apoio de alguém que o/a ajuda a melhorar o seu humor e disposição?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11. Tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?				
Nunca	Raramente	Às vezes	Frequentemente	Sempre
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
11.1. Em que medida está satisfeito(a) em relação a esse apoio que tem recebido?				
Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Com base nos tipos de apoio mencionado acima (questões 6 a 11), preencha a opção ou opções da(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você?

- Marido, esposa(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- Pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem?
- Pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem?
- Amigo(s)
- Chefe ou colega(s) do trabalho
- Vizinho(s)
- Profissionais de saúde
- Outra(s) pessoa(s) Quem?

13. Tem recebido algum outro tipo de apoio?

13. Gostaria de fazer algum comentário sobre o apoio ou ajuda?

ANEXO D – ÍNDICE DE BARTHEL

O Índice de Barthel avalia um conjunto de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD), possibilitando a realização de uma avaliação global e por cada dimensão do autocuidado. Assim, deve-se preencher cada item de acordo com a alínea que traduz de forma mais fidedigna a sua situação. **Cotação:** 0-20 (dependência total), 21-60 (dependência severa), 61-90 (dependência moderada), 91-99 (dependência leve) e 100 pontos (independência).



Parte VI – ÍNDICE DE BARTHEL

Índice de Barthel (Sequeira, 2007, 2010)

O Índice de Barthel avalia um conjunto de Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD). Este instrumento possibilita a realização de uma avaliação global e uma avaliação, por cada dimensão do autocuidado. Assim, deve preencher cada item de acordo com a alínea que traduz de forma mais fidedigna a sua situação.

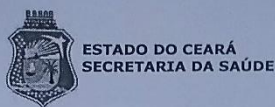
Item	Atividades Básicas de Vida Diária (ABVD)	
<u>Alimentação</u>	Independente (capaz de usar qualquer instrumento. Como num tempo razoável)	<input type="radio"/>
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda para cortar, levar à boca, etc.)	<input type="radio"/>
	Dependente	<input type="radio"/>
<u>Vestir</u>	Independente (veste-se, despo-se e ajusta a roupa. Aperta os sapatos, etc.)	<input type="radio"/>
	Necessita de ajuda (pelo menos em 1/3 das tarefas, mas realiza-as num bom tempo)	<input type="radio"/>
	Dependente	<input type="radio"/>
<u>Banho</u>	Independente (toma banho geral no duche ou banheira. Entra e sai do banho sem ajuda do terceiro)	<input type="radio"/>
	Dependente	<input type="radio"/>
<u>Higiene corporal</u>	Independente (lava a face, mãos e dentes. Faz a barba)	<input type="radio"/>
	Dependente	<input type="radio"/>
<u>Uso da Casa de Banho</u>	Independente (usa-a sem ajuda, senta-se, levanta-se e arranja-se sozinho)	<input type="radio"/>
	Necessita de ajuda (para manter o equilíbrio, limpar-se e ajustar a roupa)	<input type="radio"/>
	Dependente	<input type="radio"/>
<u>Controlo Intestinal</u>	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microlax, fá-lo sozinho)	<input type="radio"/>
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para enemas ou microlax)	<input type="radio"/>
	Incontinência fecal	<input type="radio"/>
<u>Controlo Vesical</u>	Independente (não apresenta episódios de incontinência. Se necessita de enemas ou microlax, fá-lo sozinho)	<input type="radio"/>
	Incontinência ocasional (episódios ocasionais de incontinência e necessita de ajuda para uso de sonda ou colector).	<input type="radio"/>
	Incontinência ou algaliado	<input type="radio"/>
<u>Subir Escadas</u>	Independente (sobe e desce escadas. Pode usar um instrumento de apoio)	<input type="radio"/>
	Necessita de ajuda (necessita de ajuda física ou supervisão para subir/descer escadas).....	<input type="radio"/>
	Dependente	<input type="radio"/>
<u>Transferência Cadeira/ Cama</u>	Independente (não necessita de qualquer ajuda. Se usa a cadeira de rodas, transfere-se sozinho)	<input type="radio"/>
	Necessita de ajuda mínima (ajuda mínima e supervisão)	<input type="radio"/>
	Necessita de grande ajuda (é capaz de se sentar, mas necessita de muita ajuda para a transferência)	<input type="radio"/>
	Dependente	<input type="radio"/>
<u>Deambular</u>	Independente (caminha pelo menos 50 metros sozinho ou com ajuda de andarilho, canadianas,...)	<input type="radio"/>
	Necessita de ajuda (caminha 50 metros com ajuda ou supervisão)	<input type="radio"/>
	Independente com cadeira de rodas (anda pelo menos 50 metros)	<input type="radio"/>
	Dependente	<input type="radio"/>

ANEXO E – ESCALA DE LAWTON E BRODY


Essa escala avalia um conjunto de Atividades Instrumentais de Vida Diária (AIVD) indicadoras da capacidade que o idoso possui em levar uma vida independente na comunidade. É composta por nove itens pontuados de 1 a 3 e totalizando 27 pontos, onde é classificado em cada item com 1 ponto o idoso que não consegue realizar a atividade proposta, 2 pontos aquele que realiza com ajuda parcial e 3 pontos como sendo capaz de executá-la sem ajuda. **Cotação:** maior que 22 pontos (independentes), entre 14-22 (semidependentes) e 9-13 pontos (dependentes).

1. O(a) Sr.(a) consegue usar o telefone?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
2. O(a) Sr.(a) consegue ir a locais distantes, usando algum transporte, sem necessidade de planejamentos especiais?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
3. O(a) Sr.(a) consegue fazer compras?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
4. O(a) Sr.(a) consegue preparar suas próprias refeições?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
5. O(a) Sr.(a) consegue arrumar a casa?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
6. O(a) Sr.(a) consegue fazer os trabalhos manuais domésticos, como pequenos reparos?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
7. O(a) Sr.(a) consegue tomar seus remédios na dose certa e horário correto?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1
8. O(a) Sr.(a) consegue cuidar de suas finanças?	Sem ajuda	3
	Com ajuda	2
	Não consegue	1

ANEXO F – CARTA DE ANUÊNCIA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS



ESTADO DO CEARÁ
SECRETARIA DA SAÚDE



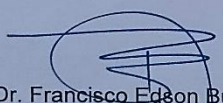
HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS
INFECCIOSAS
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA (CEP-HSJ)

Carta de Anuência

Declaro ter lido e concordar com a realização da pesquisa intitulada “**Pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids no estado do Ceará: análise geoespacial, aspectos clínicos, imunológicos e estratégias de intervenção**” e, após parecer ético favorável, emitido pelo Comitê de Ética em Pesquisa com seres humanos, os pesquisadores poderão iniciar a investigação.

Esta instituição está ciente de sua co-responsabilidade, como co-participante do presente projeto de pesquisa, e do seu compromisso no resguardo da segurança e bem estar dos sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para garantia de tal estrutura e bem estar.

Fortaleza, 31 de agosto de 2018



Dr. Francisco Edson Buhamra Abreu
Diretor Geral do Hospital São José
Fco. Edson Buhamra Abreu
Infectologista - CREMEC 6274
Diretor em exercício
Hospital São José de D. Infecto-contagiosas

Rua Nestor Barbosa, 315 - Parquelândia Fortaleza / Ceará
CEP 60.455-610 PABX (85) 3101.2363 FAX (85) 3101.2319
e-mail: cep@hsj.ce.gov.br

ANEXO G – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DA UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids no estado do Ceará: análise geoespacial, aspectos clínicos, imunológicos e estratégias de intervenção

Pesquisador: Ana Karina Bezerra Pinheiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98103217.0.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 2.996.261

Apresentação do Projeto:

Com o aumento do número de casos da infecção pelo HIV na população idosa, questões relacionadas à evolução da Aids nessa população têm preocupado a comunidade científica de todo mundo, devido à complexidade que envolve o próprio envelhecimento, como queda da imunidade, prejuízo cognitivo e demência. Déficits de memória em adultos com HIV podem estar associados à baixa taxa de adesão ao tratamento. Objetiva-se analisar a distribuição espacial, características sociais, epidemiológicas, imunológicas, transtornos neurocognitivos e adesão terapêutica de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids no estado do Ceará, bem como verificar os efeitos de programa de intervenção psicoeducativa para pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids na adesão ao tratamento antirretroviral. Proposta consiste no desenvolvimento de quatro subprojetos: Revisão sistemática das intervenções para as pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/Aids aderirem ao tratamento antirretroviral; Análise espacial da epidemia do HIV/Aids em pessoas com 50 anos ou mais no estado do Ceará; Influência do distúrbio neurocognitivo associado ao HIV/Aids na adesão ao tratamento de pessoas com 50 anos ou mais e Programa de intervenção psicoeducativa para pessoas de 50 anos ou mais vivendo com HIV/Aids: efeito sobre a adesão ao tratamento. Será desenvolvido em Fortaleza e no Cariri com a participação de pesquisadores de três universidades do Ceará e colaboradores de instituições de referências ao cuidado às pessoas que vivem com HIV/Aids.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.996.261

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Analisar a distribuição espacial, características sociais, epidemiológicas, imunológicas, transtornos neurocognitivos e adesão terapêutica de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids no estado do Ceará.

Objetivo Secundário:

Avaliar as evidências e produção científica sobre intervenções eficazes para adesão ao tratamento antirretroviral; Realizar análise espacial e temporal de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids no estado do Ceará, no período de 2008 a 2015. Descrever características sociais e demográficas de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids no estado do Ceará; Identificar os determinantes da distribuição espacial e do aumento da infecção pelo HIV/aids de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids; Descrever características clínicas e imunológicas de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids; Avaliar o grau de demência e capacidade funcional de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids; Analisar a influência do suporte social, grau de capacidade funcional e demência na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais; Verificar efeitos de programa de intervenção psico educativa para pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids na adesão ao tratamento antirretroviral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Os idosos não serão submetidos a nenhum dano, porém pode haver sentimentos de tristeza e descontentamento no momento das investigações, devido as perguntas relacionadas a doença e seu estado atual.

Benefícios:

Conhecer a análise espacial dos casos de HIV/aids em pessoas com 50 anos e mais no estado do Ceará; Contribuir para publicação de estudos brasileiros que investiguem a relação entre adesão ao tratamento antirretroviral e HAND; Desenvolvimento de programa de intervenções para aumento da taxa de adesão ao tratamento nessa população específica.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

É de grande importância conhecer o quantitativo de idosos soropositivos para o HIV com o diagnóstico de demência, verificar os fatores associados a esse agravo, verificar a repercussão da demência na não adesão ao tratamento, bem como, propor intervenções psico educativas, uma vez que os danos cognitivos podem afetar a qualidade de vida, a função laborativa e a adesão à terapia antirretroviral.

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.996.261

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Apresentou todos os termos de inserção do projeto ao COMPEPE_UFC.

Recomendações:

Aprovado salvo melhor juízo do conselho de ética.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há pendências.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_931802.pdf	10/09/2018 21:41:45		Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	10/09/2018 21:39:21	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/09/2018 21:39:05	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaSJ.pdf	03/09/2018 11:38:28	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaopesquisadores.pdf	03/09/2018 11:37:54	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Outros	Cartadeapreciacao.pdf	30/08/2018 23:02:40	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Outros	cvAKBP.pdf	30/08/2018 22:57:29	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/08/2018 22:35:53	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	30/08/2018 22:30:56	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	AnuenciaJN.pdf	30/08/2018 22:28:55	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Folha de Rosto	Folhaderosto.pdf	30/08/2018 22:25:02	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UFC - UNIVERSIDADE
FEDERAL DO CEARÁ /



Continuação do Parecer: 2.998.261

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 01 de Novembro de 2018

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodofo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO H – PARECER DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL SÃO JOSÉ DE DOENÇAS INFECCIOSAS

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Elaborado pela Instituição Coparticipante

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids no estado do Ceará: análise geoespacial, aspectos clínicos, imunológicos e estratégias de intervenção

Pesquisador: Ana Karina Bezerra Pinheiro

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 98103217.0.3001.5044

Instituição Proponente: Hospital São José de Doenças Infecciosas - HSJ / Secretaria de Saúde

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.038.967

Apresentação do Projeto:

Trata-se de um projeto multicentro envolvendo UFC, UEC E URC(UNIVERSIDADE Regional do Cariri). É constituído de quatro subprojetos a saber: (1) Revisão sistemática das intervenções para as pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids aderirem ao tratamento antirretroviral; (2) Análise espacial da epidemia do HIV/aids em pessoas com 50 anos ou mais no estado do Ceará;

(3) Influência do distúrbio neurocognitivo associado ao HIV/aids na adesão ao tratamento de pessoas com 50 anos ou mais; (4) Programa de intervenção psico educativa para pessoas de 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids: efeito sobre a adesão ao tratamento.

Para a revisão sistemática foram descritas todas as etapas a serem seguidas.

Quanto a Análise espacial da epidemia do HIV/aids em pessoas com 50 anos ou mais no estado do Ceará .Trata-se de estudo epidemiológico, retrospectivo e ecológico em que será analisada a dinâmica e disseminação da epidemia do HIV/aids na população com 50 anos e mais do estado do Ceará. Os dados serão obtidos por meio dos bancos de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAM), do Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE), do Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4+/CD8 e Carga Viral (SISCEL) e Sistema de Informações de Mortalidade (SIM), disponibilizados pelo Departamento de Informática do Sistema Único de Saúde (DATASUS).

Para tanto, serão utilizadas ferramentas de geoprocessamento para avaliar as tendências espaciais e cuja notificação ocorreu no período de 2008 a 2015.Serão coletadas informações demográficas,

Endereço: Rua Nestor Barbosa, 315

Bairro: Parquelândia

CEP: 60.455-610

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3452-7880

Fax: (85)3101-2319

E-mail: melmedeiros@hotmail.com

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE



Continuação do Parecer: 3.038.067

epidemiológicas, clínicas e virológicas necessárias à caracterização da população idosa com HIV/aids.] Quanto ao Influência do distúrbio neurocognitivo associado ao HIV/aids na adesão ao tratamento de pessoas com 50 anos ou mais. Trata-se de uma investigação sobre distúrbio neurocognitivo de pessoas com 50 anos e mais e sua relação com a adesão ao tratamento com antirretrovirais. Trata-se de um estudo do tipo correlacional e transversal.

O estudo será desenvolvido no Hospital São José de Doenças Infeciosas (regional Fortaleza) e Serviço de Atenção Especializada em HIV/aids da regional de Juazeiro do Norte. A primeira etapa inclui a identificação de participantes com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids, registrados e acompanhados por cada instituição; a segunda etapa envolve uma alocação proporcional e usará uma fração de amostragem em cada um dos estratos que é proporcional da população total.

Farão parte da população todas as pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids acompanhadas nos dois serviços de atenção especializada. O número de sujeitos da pesquisa é de 379 pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids acompanhadas em um dos locais da pesquisa, sendo 329 no Hospital São José de Doenças Infeciosas (regional Fortaleza) e 50 no Serviço de Atenção Especializada em HIV/aids da regional de Juazeiro do Norte

Os participantes serão selecionados aleatoriamente, baseado no atendimento das consultas nos locais de pesquisa

Quanto ao Programa de intervenção psico educativa para pessoas de 50 anos ou mais vivendo com HIV/aids: efeito sobre a adesão ao tratamento

Este é um estudo quase-experimental, com delineamento pré-teste e pós-teste. No caso desta pesquisa, serão aplicados e observados seus efeitos sobre o desfecho desejado, que é a adesão ao tratamento antirretroviral. A população do estudo será composta pelas pessoas com 50 anos ou mais vivendo com HIV/AIDS, acompanhadas no Hospital São José de Doenças Infeciosas (regional Fortaleza) e Serviço de Atenção Especializada em HIV/Aids da regional de Juazeiro do Norte, que apresentam não adesão ao tratamento antirretroviral e que sejam diagnosticados com transtorno cognitivo leve ou demência moderada

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Geral

Analisar a distribuição espacial, características sociais, epidemiológicas, imunológicas, transtornos neurocognitivos e adesão terapêutica de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids no estado do Ceará.

10.2 Objetivos Específicos 1. Avaliar as evidências e produção científica sobre intervenções

Endereço: Rua Nestor Barbosa, 315
Bairro: Parquelândia CEP: 60.455-610
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3452-7880 Fax: (85)3101-2319 E-mail: meimedeiros@hotmail.com

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE



Continuação do Parecer: 3.038.967

eficazes para adesão ao tratamento antirretroviral; 2. Realizar análise espacial e temporal de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids no estado do Ceará, no período de 2008 a 2015. 3. Descrever características sociais e demográficas de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids no estado do Ceará; 4. Identificar os determinantes da distribuição espacial e do aumento da infecção pelo HIV/aids de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/Aids; 5. Descrever características clínicas e imunológicas de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids; 6. Avaliar o grau de demência e capacidade funcional de pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids; 7. Analisar a influência do suporte social, grau de capacidade funcional e demência na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais; 8. Verificar efeitos de programa de intervenção psico educativa para pessoas com 50 anos e mais vivendo com HIV/aids na adesão ao tratamento antirretroviral.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Nenhum risco foi avaliado.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

A pesquisa é pertinente

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Foram devidamente apresentados

Cronograma(desatualizado)

Orçamento financeiro

Ficha de extração de dados/Formulário de elegibilidade

Check-list de itens para reportagem da Revisão Sistemática

Ficha de Dados sociodemográficos, clínicos de saúde e comportamentos de risco

Questionário Simplificado de Adesão à Medicação (KNOBEL et al. 2002) Traduzido e Adaptado por Góes e Santos (2015)

Apresentação do Índice de Barthel, Escala de Lawton e Brody, Escala de suporte social para pessoas vivendo com HIV/aids.

Carta de anuência dos dois centros

Encaminhamento do Projeto à Plataforma Brasil para apreciação ética

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)(falta local para identificação digital)

Recomendações:

No TCLE recomendamos que seja acrescentado local para identificação digital.

Endereço: Rua Nestor Barbosa, 315

Bairro: Parquelândia

CEP: 60.455-610

UF: CE Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3452-7880

Fax: (85)3101-2319

E-mail: melmedeiros@hotmail.com

HOSPITAL SÃO JOSÉ DE
DOENÇAS INFECCIOSAS - HSJ
/ SECRETARIA DE SAÚDE DE



Continuação do Parecer: 3.038.967

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Consideramos o projeto Aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto.pdf	10/08/2018 21:39:05	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Outros	Cartadeapreciacao.pdf	30/08/2018 23:02:40	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
Outros	cvAKBP.pdf	30/08/2018 22:57:29	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLE.pdf	30/08/2018 22:35:53	Ana Karina Bezerra Pinheiro	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 26 de Novembro de 2018

Assinado por:
PAULO GERMANO DE CARVALHO
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Nestor Barbosa, 315
Bairro: Parquelândia CEP: 60.455-610
UF: CE Município: FORTALEZA
Telefone: (85)3452-7880 Fax: (85)3101-2319 E-mail: melmedeiros@hotmail.com