



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

SAMYLA CITÓ PEDROSA

SENSO DE COERÊNCIA E ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS

FORTALEZA

2015

SAMYLA CITÓ PEDROSA

**SENSE DE COERÊNCIA E ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

FORTALEZA

2015

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca de Ciências da Saúde

-
- P414s Pedrosa, Samyla Citó.
Senso de coerência e adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS /
Samyla Citó Pedrosa. – 2015.
79 f. : il. color.
- Dissertação (Mestrado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia
e Enfermagem, Departamento de Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem,
Mestrado em Enfermagem, Fortaleza, 2015.
Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.
Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimeniz Galvão.
1. Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. 2. Senso de Coerência. 3. Adesão à Medicação. I.
Título.

CDD 616.9792

SAMYLA CITÓ PEDROSA

**SENSO DE COERÊNCIA E ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL DE
PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS**

Dissertação de mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como requisito parcial para obtenção do título de Mestre em Enfermagem.

Orientadora: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão.

Aprovada em: ____/____/____.

BANCA EXAMINADORA

Prof^a. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão (Orientadora)
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof^a. Dra. Rosa Lívia Freitas de Almeida
Universidade Federal do Ceará (UFC)

Dr^a. Maria Luciana Teles Fiuza
Hospital Universitário Walter Cantídeo (HUWC)

AGRADECIMENTOS

À Deus, por sua infinita bondade e pela força para continuar na caminhada.

À minha mãe, Francisca Iza Citó Pedrosa, por me amparar nos momentos mais difíceis, sou fruto de sua determinação e coragem, tenho muito orgulho de ser sua filha.

Ao meu irmão, Silvestre Chaves Pedrosa Júnior, pelo amor que nos une e nos fortalece.

Ao meu namorado, Vandemberg Santiago, pelo amor, presença constante, apoio e incentivo, demonstrando sempre muita paciência e compreensão.

Aos familiares, pela demonstração de alegria e afeto a cada nova conquista.

À minha querida orientadora, Dr^a Marli Teresinha Gimenez Galvão, pelo exemplo de profissional e de ser humano no qual me espelho. Sou grata a todo apoio, carinho, ensinamento, incentivo, paciência e alegria transmitida, que me fizeram crescer.

À professora Dr^a Gilmara Holanda da Cunha, minha coorientadora, pelas grandes contribuições fornecidas e pela disponibilidade em contribuir sempre que solicitado

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelo ensinamento e experiências compartilhadas.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES), pelo fornecimento da bolsa que certamente muito contribuiu para a conclusão dessa etapa.

Ao Projeto Núcleo de estudo em HIV/aids e doenças associadas (Neaids), pela vivência e conhecimento compartilhado.

A todos os membros da banca, pelas contribuições para o aprimoramento desse trabalho e pela disponibilidade de leitura desse material.

Aos pacientes que, mesmo estando em uma fase difícil da vida, contribuíram na participação do estudo, permitindo a execução desse trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para a finalização desse trabalho, muito obrigado!

RESUMO

Um forte senso de coerência (SCO) permite que o indivíduo enfrente as adversidades diárias, decorrentes da enfermidade e permaneça saudável. Pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) convivem com estresses e vivenciam estigmas, os quais podem comprometer a adesão à terapia antirretroviral (TARV). Nesse contexto, desenvolveu-se um estudo com a finalidade de analisar o senso de coerência e a adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids. Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo desenvolvido no ambulatório de infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio. A amostra foi constituída por 98 PVHA em uso da terapia antirretroviral. A coleta de dados foi realizada em dois momentos, 2012 e 2013, com um intervalo de 12 meses. Utilizou-se como instrumentos o Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica para pessoas com HIV/aids, o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) e o Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH). Na análise estatística foram aplicados os testes de McNemar, de Wilcoxon, de Mann-Whitney e o coeficiente de correlação de Spearman. A razão de prevalência, média, desvio-padrão, mediana, valores mínimo e máximo foram calculados quando necessário. Os aspectos éticos foram respeitados. Do total de entrevistados, a maioria era do sexo masculino (62,2%), heterossexuais (62,2%), situação laboral ativa (62,1%), católicos (67,3%), com idade média de 39,5 (\pm 10,3) anos. Os pacientes do sexo masculino ($p=0,034$), homo/bissexuais ($p=0,043$), escolarizados (0,022), com filhos ($p=0,005$), situação laboral ativa ($p<0,001$) e com menor renda ($p=0,005$) apresentaram maior adesão à TARV. Em relação ao SOC, pacientes do sexo masculino ($p=0,039$), com situação laboral ativa ($p=0,010$), renda superior a dois salários mínimos ($p=0,033$) e que não fazem uso de medicação psiquiátrica ($p=0,002$) possuem maiores médias no QSCA. Ao analisar os escores do QSCA e a pontuação total da CEAT-VIH, observou-se associação na primeira ($p=0,006$) e na segunda ($p<0,001$) avaliação. Através da amostra analisada neste estudo foi possível concluir que as PVHA com melhores valores para o senso de coerência apresentam melhor pontuação para a adesão à TARV.

Palavras-chave: Síndrome de Imunodeficiência Adquirida. Senso de coerência. Adesão à Medicação.

ABSTRACT

A strong sense of coherence (SCO) allows the individual to face daily hardships as a result of the disease and stay healthy. People living with HIV / AIDS (PVHA) live with stress and experience stigma, which can compromise adherence to antiretroviral therapy (ART). In this context, we developed a study in order to analyze the sense of coherence and adherence to antiretroviral therapy for people living with HIV / AIDS. This is a prospective longitudinal study developed in the infectious diseases clinic at the University Hospital Walter Cantídio. The sample consisted of 98 PLWHA in use of antiretroviral therapy. Data collection was performed in two stages, in 2012 and 2013, with an interval of 12 months. It used as instruments the characterization Form sociodemographic and clinic for people with HIV / AIDS, Antonovsky Sense of Coherence Questionnaire (QSCA) and the accession Assessment Questionnaire to antiretroviral treatment (CEAT-VIH). Statistical analysis were applied the McNemar test, Wilcoxon, Mann-Whitney and Spearman correlation coefficient. The prevalence ratio, average, standard deviation, median, minimum and maximum values were calculated when needed. The ethical aspects were respected. Of the total respondents, the majority were male (62.2%), heterosexual (62.2%), active employment status (62.1%), catholics (67.3%) with mean age of 39, 5 (\pm 10.3) years. The male patients ($p=0.034$), homo /bisexual men ($p=0.043$), educated (0.022), with children ($p=0.005$), active employment status ($p<0.001$) and lower incomes ($p=0.005$). They showed greater adherence to ART. Regarding the SOC, male patients ($p=0.039$), with active employment status ($p = 0.010$), income above two minimum wages ($p=0.033$) and do not make use of psychiatric medication ($p=0.002$) have highest average in QSCA. In analyzing the scores QSCA and the total score of the CEAT-VIH, an association was seen in the first ($p=0.006$) and in the second ($p<0.001$) evaluation. Through the sample analyzed in this study it was concluded that the PLWHA with better values for the sense of coherence have better score for adherence to ART.

Keywords: Acquired Immunodeficiency Syndrome. Sense of coherence. Medication adherence.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Definições operacionais e categorização das variáveis sociodemográficas do estudo.....	21
Quadro 2 - Definições operacionais e categorização das variáveis clínicas do estudo.....	22
Figura 1 - Boxplots da distribuição dos escores da CEAT-VIH na 1ª e 2ª avaliação das pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012-2013.....	32
Figura 2 - Boxplots dos componentes senso de coerência (compreensão, manejo, significado) obtida do QSCA, segundo à adesão à TARV (adequada e inadequada).....	42
Figura 3 - Boxplots do senso de coerência obtida do QSCA, segundo à adesão à TARV.....	43
Figura 4 - Mediana das respostas aos itens do QSCA, em relação à adesão à TARV, 1º momento.....	43
Figura 5 - Mediana das respostas aos itens do QSCA, em relação à adesão à TARV, 2º momento.....	44
Figura 6 - Distribuição dos escores do QSCA e os escores da CEAT-VIH, na 1ª e 2ª avaliação. Fortaleza, Ceará, 2012-213.....	44

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas vivendo com HIV/aids incluídas na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.	26
Tabela 2 - Dados descritivos das características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo (N=98). Fortaleza, Ceará, 2012.	27
Tabela 3 - Caracterização clínica das pessoas vivendo com HIV/aids incluídas na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.....	28
Tabela 4 - Dados descritivos das características clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo (N=98). Fortaleza, Ceará, 2012.	29
Tabela 5 - Descrição da contagem de linfócitos T CD ⁺ e da carga viral das pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com a 1ª (N=90) e 2ª (N=89) avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012-2013.....	29
Tabela 6 - Resultado do teste de Wilcoxon para a contagem de linfócitos T CD ⁺ e da carga viral das pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com a 1ª (N=90) e 2ª (N=89) avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012-2013.	30
Tabela 7 - Análise da adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012 - 2013.....	30
Tabela 8 - Associação entre as características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/aids e adesão à terapia antirretroviral na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.	32
Tabela 9 - Associação entre as características clínicas e a adesão à terapia das pessoas que vivendo com HIV/aids antirretroviral na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012	33
Tabela 10 - Modelo de regressão logístico para adesão à terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012.....	33
Tabela 11 - Estatística descritiva dos 29 itens do QSCA em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012.	34
Tabela 12 - Distribuição das frequências de respostas aos itens do QSCA em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012.....	36
Tabela 13 - Estatística descritiva e confiabilidade dos componentes do QSCA em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012.....	37

Tabela 14 - Estatística descritiva dos valores do SOC, segundo dados sociodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.	37
Tabela 15 - Associação entre as características sociodemográficas e o senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.	38
Tabela 16 - Estatística descritiva dos valores do SOC, segundo características clínicas de pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.	39
Tabela 17 - Associação entre as características clínicas e o senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.	40

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CEAT-VIH	Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
NEAIDS	Núcleo de Estudo em HIV/aids e Doenças Associadas
PVHA	Pessoas vivendo com HIV/aids
QSCA	Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky
RNA	Ácido Ribonucleico
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SISCEL	Sistema de Controle de Exames Laboratoriais
SOC	Senso de Coerência
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
OR	<i>Odds ratio</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
UFC	Universidade Federal do Ceará

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	13
2	OBJETIVOS	17
3	MÉTODO	18
3.1	Tipo de estudo	18
3.2	Local do estudo	18
3.3	População do estudo	18
3.4	Coleta de dados	19
3.5	Instrumentos para coleta de dados	20
	<i>3.4.1 Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica para pessoas com HIV/aids (ANEXO A)</i>	20
	<i>3.4.2 Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH) (ANEXO B)</i>	21
	<i>3.4.3 Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) (ANEXO D)</i>	22
3.6	Análise estatística	23
3.7	Aspectos éticos e legais	23
4	RESULTADOS	25
4.1	Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas vivendo com HIV/aids	26
4.2	Análise da adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids	30
4.3	Associação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral	31
4.4	Análise do senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids	34
4.5	Associação entre o senso de coerência e as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids	37
4.6	Associação entre o senso de coerência e a adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral	40
5	DISCUSSÃO	44
5.1	Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas vivendo com HIV/aids	45
5.2	Análise da adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids	49
5.3	Associação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral	50
5.4	Análise do senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids	53
5.5	Associação entre o senso de coerência e as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids	54
5.6	Associação entre o senso de coerência e a adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à	

	terapia antirretroviral.....	55
6	CONCLUSÃO.....	56
	REFERÊNCIAS	57
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	69
	ANEXO A - FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA PARA PESSOAS COM HIV/AIDS.....	70
	ANEXO B – QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH).....	71
	ANEXO C - VERSÃO EM PORTUGUÊS DAS INSTRUÇÕES PARA A CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT- VIH).....	74
	ANEXO D – QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA DE ANTONOVSKY (QSCA)	76
	ANEXO E – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	79

1 INTRODUÇÃO

O Senso de Coerência (SOC), constructo chave da Teoria Salutogênica, é estudado quando se investiga a capacidade de enfrentamento ao estresse. Em 1979, Aaron Antonovsky elaborou o conceito de *salutogenesis* após observar mulheres que viveram em campos de concentração na Segunda Guerra Mundial, ele percebeu que mesmo vivendo em situações extraordinariamente adversas, algumas delas mantinham bom estado de saúde físico e mental. Essa constatação despertou seu interesse em aprofundar os estudos, nos quais concluiu que as pessoas que passam por grandes dificuldades e conseguem manter sua saúde física e mental possuem uma característica comum: assumir uma postura mais positiva diante das dificuldades vividas e adaptar-se melhor às situações de estresse (ANTONOVSKY, 1979).

Segundo Antonovsky (1987), diante de situações estressantes, o indivíduo potencializa o SOC minimizando a gravidade da doença e as emoções negativas advindas delas. Assim, o senso de coerência é definido como uma faceta protetora da personalidade, através da qual alguns indivíduos mantêm sua saúde mesmo após enfrentarem enorme estresse, enquanto outros tendem a adoecer e sofrem quando submetidos a níveis semelhantes de estresse.

Em virtude disso, o SOC tem sido associado a avaliações de condição de saúde e aspectos socioeconômicos de indivíduos que vivem com doenças crônicas, tais como insuficiência cardíaca e aids, e em grupos específicos, como idosos, adolescentes, gestantes e crianças (NILSSON; HOLMGREN; WESTMAN, 2000; FREIRE; SHEIHAM; HARDY, 2001; LANTZ *et al.*, 2001; BERNABÉ *et al.*, 2009; BONANATO *et al.*, 2009). Na área da enfermagem, estudos apontam contribuição do SOC no enfrentamento de doenças tais como o câncer, a artrite e após eventos cardíacos (TORRATI; GOIS; DANTAS, 2010; BUCHI *et al.*, 1998; KLANG; BJORVELL; CLYNE, 1999).

Existe ainda, uma forte associação entre o SOC e os indicadores de saúde mental, tais como ansiedade, depressão e qualidade de vida. Há indícios de que um forte SOC possui efeito mediador entre sintomas depressivos enquanto baixo SOC estaria associado com aumento da prevalência de depressão (MUKOLO; WALLSTON, 2012; CEDERFJÄLL *et al.*, 2001; NYAMATHI, 1993). Estudo realizado na Suécia, identificou que o SOC é um forte preditor de qualidade de vida, de forma que, quanto maior o SOC melhor a qualidade de vida (LANGIUS-EKLÖF; LIDMAN; WREDLING, 2009).

Investigações acerca do senso de coerência envolvendo pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) revelam que níveis elevados de senso de coerência influenciam positivamente as adaptações a situações estressantes do dia a dia, e assim, influencia a percepção de melhor qualidade de vida, menor incidência de ansiedade, de depressão e sentimento de angústia (LANGIUS-EKLÖF; LIDMAN; WREDLING, 2009; CEDERFJÄLL *et al.*, 2001; LINN *et al.*, 1993; NYAMATHI, 1993).

Evidências apontam que PVHA enfrentam uma série de estressores (físico, emocional, social e espiritual), bem como constantemente são lembradas que vivem com uma doença transmissível e até então incurável (MUKOLO; WALLSTON, 2012). Além desses estressores, um dos grandes desafios para as PVHA é a adesão adequada à TARV, uma vez que a falta adesão é vista como um perigo à resposta ao tratamento, podendo repercutir no aumento da carga viral, diminuição do número de linfócitos T CD4+, aumento da chance de desenvolver infecções e doenças oportunistas (SINGH; CHONGTHAM; SINGH, 2015; BLANK *et al.*, 2011; GALVÃO *et al.*, 2015; MERZEL; VANDEVNATER; IRVINE, 2008).

Portanto, a adesão à terapia antirretroviral constitui um desafio não apenas para quem convive com o HIV, mas também para os profissionais que trabalham com esse contexto, tendo em vista que, é necessária a integração entre paciente, profissionais de saúde e rede social de apoio, a fim de que sejam estabelecidas as ações com a finalidade de promover o autocuidado (FONSECA *et al.*, 2012).

Diversos estudos têm buscado identificar fatores que podem estar relacionados às dificuldades de adesão à TARV, seus resultados apontam algumas condições associadas ao esquecimento de tomar o comprimido, uso de álcool e outras drogas, ansiedade, depressão, baixo nível de escolaridade, irregularidade na coleta de medicamentos devido a problemas financeiros, inconveniência de transportar medicamentos para o local de trabalho e aspectos relacionados com a medicação, tais como efeitos colaterais, reações adversas, quantidades e tamanho dos comprimidos (SOUSA FILHO *et al.*, 2012; FIUZA *et al.*, 2013; JOSHI *et al.*, 2014; TUFANO *et al.*, 2015; RIVERO-MÉNDEZ; SUÁREZ-PÉREZ; SOLÍS-BÁEZ, 2015; SILVA *et al.*, 2015).

Entretanto, existem alguns fatores de proteção que são determinantes no modo de enfrentamento da doença e colaboram com a adesão à terapia medicamentosa, dentre eles podemos citar: apoio social, vínculo com profissionais de saúde, acesso à informação sobre

sua própria condição de saúde e o senso de coerência (LYIMO *et al.*, 2012; CORLESS *et al.*, 2013).

Reconhecer diferentes contextos de vulnerabilidade da epidemia do HIV/aids, vivenciado por PVHA, impõe novos desafios para as estratégias de promoção da saúde, que, baseadas na identificação de vulnerabilidades específicas, podem favorecer o empoderamento de grupos fragilizados pela doença (JUNGES, 2007).

Avaliar o senso de coerência de PVHA possibilita uma melhor compreensão de como eles reagem à doença e ao tratamento, permitindo a implantação de estratégias de enfrentamento ao estresse vivenciado. Por esta razão o questionário SOC pode ser de grande valor clínico para identificar pacientes que necessitam de mais apoio para o sucesso do tratamento (CEDERFJÄLL *et al.*, 2002).

É necessário que se estabeleça uma relação de confiança e parceria ativa com o profissional de saúde com a finalidade de gerenciar as dificuldades advindas da introdução da TARV na rotina dos pacientes, uma vez que a TARV precisa ser utilizada sistematicamente e incorporada à rotina diária das PVHA. Especialmente no início do tratamento, informações devem ser transmitidas de maneira positiva ao paciente, tendo em vista que esse é um dos momentos mais difíceis para as PVHA, pois incorpora uma nova rotina à sua vida e a utilização dos medicamentos os faz lembrar a cada momento da sua condição de doente (REYES, 2010).

O senso de coerência como um dos atributos psicológicos positivos, pode ser utilizado pelo profissional da saúde como uma estratégia para estimular as PVHA a enfrentarem de estressores relacionados com o HIV, por sua vez, levando a uma sensação de bem-estar psicológico (MUKOLO; WALLSTON, 2012).

É importante identificar a capacidade das PVHA de lidar e se adaptar às situações estressantes, a fim de fornecer um suporte adequado ao tratamento, visando discernir pessoas que apresentem risco de adesão inadequada ao tratamento e realizar intervenções voltadas à prática do autocuidado e disciplina na tomada dos medicamentos, uma vez que os regimes terapêuticos são bem complexos (GUIMARÃES *et al.*, 2007; BRASIL, 2008; FAUSTINO; SEIDL, 2010; RODRIGUES *et al.*, 2010).

Em meio a esse contexto, dos benefícios do senso de coerência para a promoção da saúde e do conhecimento advindo de leituras acerca da adesão inadequada à TARV, em conjunto com a experiência acadêmica da autora, desde a graduação ao mestrado, em

observações realizadas durante as atividades de ensino, pesquisa e extensão desenvolvida pelo Núcleo de Estudos em HIV/Aids e Doenças Associadas (Neaids), percebeu-se a necessidade de estudos abordando a temática, senso de coerência e adesão à TARV.

Dado que o senso de coerência e a adesão à TARV são fatores que interferem na qualidade de vida das PVHA (GALVÃO *et al.*, 2015; LANGIUS-EKLÖF; LIDMAN; WREDLING, 2009) e pela evidencia dessa população apresentam pior estado de saúde e menor senso de coerência em relação a outras pessoas que não vivem com o vírus (CEDERFJÄLL *et al.*, 2001), infere-se que o SOC é um constructo de extrema importância para a promoção da saúde de PVHA, dado que a identificação do SOC pode ser uma forma de promover um cuidado em saúde “personalizado”, ou seja, centrado nas necessidades de cada pessoa.

Ações que atuam sobre os determinantes do processo saúde-doença e proporcionam qualidade de vida são fundamentais para a melhoria da saúde da população e o controle das doenças e dos agravos. Os resultados oriundos de uma adesão adequada resultam em progressiva redução da carga viral e a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico, proporcionando benefícios na saúde física das PVHA e permitido que elas retomem e concretizem seus projetos de vida.

A formulação de um estudo que contribua para a produção científica na área da Enfermagem e que possibilite a promoção da saúde de PVHA, bem como o desenvolvimento do cuidado continuado, é de extrema relevância para a sociedade científica, tendo em vista que possibilitará redução dos prejuízos causados pela não adesão ao tratamento de antirretrovirais. Dessa forma, buscando oferecer oportunidade de promoção da saúde às pessoas vivendo com HIV/aids, elaborou-se o presente estudo com a seguinte indagação: Quais fatores interferem na adesão à terapia antirretroviral e no senso de coerência de pessoas vivendo com HIV/aids?

As hipóteses investigadas são: - As características sociodemográficas e clínicas influenciam no senso de coerência e na adesão à TARV; - Pessoas com elevado senso de coerência apresentem adesão adequada à terapia antirretroviral.

Espera-se que após o desenvolvimento da pesquisa, o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) possa ser incorporado ao plano de cuidados das PVHA como modelo de intervenção em saúde em serviços ambulatoriais, visando a atenção integral e interdisciplinar em HIV/aids.

2 OBJETIVOS

2.1 Objetivo geral

- Analisar o senso de coerência e a adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids.

2.2 Objetivos específicos

- Descrever a caracterização sociodemográfica e clínica de pessoas vivendo com HIV/aids;
- Identificar o grau de adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids;
- Identificar o senso de coerência e seus componentes de pessoas vivendo com HIV/aids;
- Verificar a associação existente entre as características sociodemográficas, clínicas, a adesão à terapia antirretroviral e o senso de coerência de pessoas vivendo com HIV/aids.

3 MÉTODO

3.1 Tipo de estudo

Trata-se de um estudo longitudinal prospectivo que foi realizado com pessoas vivendo com HIV/aids acompanhadas por um período de um ano, para analisar a influência do senso de coerência e a adesão à TARV. O estudo longitudinal permite a análise de eventos, fatos, fenômenos, em uma linha contínua no tempo, fazendo o acompanhamento do grupo selecionado (POLIT; BECK, 2011).

3.2 Local do estudo

O estudo foi desenvolvido no Ambulatório de Infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC), que atende a pacientes adultos com HIV/aids provenientes da cidade de Fortaleza, região metropolitana e interior do Estado do Ceará.

O referido hospital faz parte da atenção terciária do Sistema único de Saúde (SUS) e dispõe de consultas, exames laboratoriais e fornecimento de medicamentos antirretrovirais. Neste local, são desenvolvidas atividades de pesquisa e extensão pelos integrantes do Neaids.

3.3 População e amostra

A população do estudo foi constituída por pessoas vivendo com HIV/aids, de ambos os sexos, atendidas no ambulatório de infectologia do HUWC da UFC. Foram definidos como critérios de inclusão: idade igual ou superior a 18 anos; diagnóstico confirmado de infecção pelo HIV/aids; uso de TARV há pelo menos um mês e está em acompanhamento ambulatorial no HUWC.

Foram excluídos da pesquisa os sujeitos que apresentaram alguma limitação cognitiva capaz de interferir nas respostas aos instrumentos de coleta de dados. Os critérios de descontinuidade foram: abandono do segmento ambulatorial; expressão do desejo de não mais participar do estudo; mudança de instituição de acompanhamento em saúde ou vir a óbito entre a 1ª e 2ª avaliação.

Para nortear o tamanho da amostra, considerou-se os dados fornecidos pelo Serviço de Epidemiologia do HUWC, disponibilizados pelo Sistema de Controle e Logística de Medicamentos (SICLOM, 2011) e Sistema de Controle de Exames Laboratoriais – CD4/CD8 e Carga Viral (SISCEL, 2011). Segundos os quais, durante o ano de 2011, havia 478 pacientes em acompanhamento ambulatorial, desses, 358 fazem uso da TARV.

O planejamento amostral do estudo foi realizado para estimar a associação do senso de coerência e adesão terapêutica de pessoas com HIV/aids em uso de TARV mediante comparação. No dimensionamento da amostra, adotou-se uma coorte fixa com intervalo de 12 meses entre a primeira (*baseline*) e a segunda avaliação (*endpoint*), adotou-se um $n=143$ pacientes para cada grupo com duas medidas ($m=2$), $\alpha=0,05$ e poder $(1 - \beta) = 0,90$, correlação entre as medidas (ρ)=0,2 e erro $d=0,1$ (DIGGLE *et al.*, 1996). Estimou-se uma amostra de 64 pacientes, ao valor encontrado foi acrescentado aproximadamente 40% para eventuais perdas em ambos os grupos ($n \approx 27$), deste modo, a amostra foi constituída de 98 pacientes.

3.4 Coleta de dados

A coleta de dados aconteceu em dois momentos: 1ª avaliação (agosto a dezembro de 2012) e 2ª avaliação (agosto a dezembro de 2013). Na primeira avaliação, a seleção da amostra aconteceu por conveniência de forma não-probabilística, os indivíduos eram convidados a participar da pesquisa à medida que compareciam ao serviço para participar da consulta com o médico infectologista. Para a realização da 2ª avaliação, era consultado na agenda eletrônica de marcação de consultas a data que os participantes da pesquisa iriam comparecer ao serviço.

As entrevistas aconteceram de forma individual nas salas do ambulatório de infectologia do HUWC, de segunda a quinta nos turnos da tarde, com duração média de 40 minutos para cada paciente entrevistado. Antes do início da coleta de dados, alunos de graduação e de pós-graduação do curso de enfermagem da UFC participantes do Neaids foram devidamente treinados quanto à forma de abordagem dos entrevistados e ao preenchimento dos instrumentos para participar da coleta de dados.

3.5 Instrumentos para coleta de dados

Para a coleta de dados, foram utilizados três instrumentos: Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica para pessoas com HIV/aids; Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH); Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA);

3.4.1 Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica para pessoas com HIV/aids (ANEXO A)

O formulário de caracterização sociodemográfica e clínica para pessoas com HIV/aids foi construído para captar as variáveis relacionadas a identificação pessoal, condição econômica, social, educacional e dados clínicos. A operacionalização e categorização das variáveis estão apresentadas nos Quadros 1 e 2.

Quadro 1 - Definições operacionais e categorização das variáveis sociodemográficas do estudo.

Variável	Operacionalização	Categorização
Sexo	Foi considerado o sexo biológico, de acordo com o registro de informações dos serviços onde os participantes são cadastrados ou documento oficial.	- Masculino - Feminino
Grupo etário	Categorização do número de anos completos descrito pelo sujeito.	- 18 – 45 - \geq 45
Cor	Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- Pardas - Outras
Orientação sexual	Preferência sexual referida pelo sujeito. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- Heterossexual - Homossexual/ bissexual
Anos de estudo	Foi registrado o número de anos completo de estudo. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- < 8 - \geq 8
Coabita com o parceiro	Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- Não - Sim
Filhos	Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- Não - Sim
Situação laboral	Acto ou efeito de ocupar-se relativamente ao trabalho. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- Ativa - Inativa
Renda familiar	Foi a soma do rendimento financeiro de todos os integrantes do domicílio.	- \leq 2 salários mínimos - > 2 salários mínimos
Religião	Crença religiosa informada pelo paciente.	- Católica - Evangélica - Outras

Fonte: Elaboração própria.

Quadro 2 - Definições operacionais e categorização das variáveis clínicas do estudo.

Variável	Operacionalização	Categorização
Tempo de diagnóstico	Tempo em meses do início do diagnóstico, dado segundo registro do prontuário do sujeito entrevistado.	- < 5 - ≥ 5
Tempo de uso da TARV	Tempo em meses do início do uso da terapia antirretroviral, dado segundo registro do prontuário do sujeito entrevistado.	- < 12 - ≥ 12
Uso de medicação psiquiátrica	Medicamento farmacêutico utilizado para reequilibrar concentrações de neurotransmissores. Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- Sim - Não
Carga viral (cópias/ml)	É o volume de vírus específicos que estão no organismo, num determinado volume de sangue. Dado compilado diretamente do prontuário do sujeito entrevistado referente ao último exame realizado.	- < 400 - ≥ 400
Linfócitos T CD4+ por mm3	Referente a quantidade de Linfócitos T CD4+, foi registrado o valor referente ao exame mais recente. Esta informação foi obtida do prontuário do paciente.	< 350 ≥ 350
Categoria de exposição	Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- Sexual - Desconhecida
Estado sorológico do parceiro sexual atual	Dado coletado a partir de entrevista estruturada para o estudo.	- Positivo - Negativo - Desconhecido

Fonte: Elaboração própria.

3.4.2 Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral (CEAT-VIH) (ANEXO B)

Para avaliar o grau de adesão à TARV, utilizou-se a versão em português do *Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral (CEAT-VIH)*, proposta por Remor (2007). Esse instrumento de fácil aplicação é constituído por 20 itens, 17 deles apresentam respostas do tipo *Likert*, pontuadas de um a cinco, outros três itens apresentam respostas dicotômica (sim/não). A pontuação total é obtida pela soma dos valores atribuídos para cada resposta (ANEXO C), a pontuação mínima possível é 17 e a máxima é 89, quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão.

A pontuação total do questionário permite identificar três classificações quanto a aderência: adesão baixa/insuficiente (≤ 74 pontos), adesão insuficiente/regular (75 a 79 pontos) e adesão estrita (≥ 80 pontos) (REMOR; MOSKOVICS; PREUSSLER, 2007). No

presente estudo, as PVHA foram classificadas em dois grupos: adesão adequada (escore bruto ≥ 75) e adesão inadequada (escore bruto ≤ 74).

3.4.3 Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) (ANEXO D)

Para medir o senso de coerência utilizou-se o Questionário de Senso de Coerência de Antonovsky (QSCA) em sua versão adaptada e validada para a língua portuguesa (DANTAS, 2007). Trata-se de um instrumento fechado e sistematizado, composto 29 itens, divididos em três componentes, o primeiro, compreensão, expressada a capacidade de uma pessoa em confiar que os estímulos provenientes do ambiente são estruturados, previsíveis e explicáveis, seria a forma de compreender um evento. O segundo, denominado manejo, é habilidade de lidar e exercer um impacto positivo na vida através dos recursos disponíveis. O significado é o terceiro componente, refere-se à compreensão de que a vida apresenta um sentido e propósito (ANTONOVSKY, 1987; GEYER, 1997; COUTINHO; HEIMER, 2014).

As repostas aos itens são obtidas por uma escala de *Likert* de sete pontos, com valores extremos variando de um a sete, o que significa quanto maior o valor, mais elevado é o senso de coerência. No entanto, dos 29 itens, 13 (1, 4, 5, 6, 7, 11, 13, 14, 16, 20, 23, 25 e 27) são respondidos em uma escala reversa de valores, ou seja, valores maiores indicam menos SOC. A fim de realizar o cálculo da pontuação total da escala, esses itens foram invertidos, ou seja, o valor sete foi transformado em um, o seis em dois e, assim, sucessivamente, conforme orientação do autor do questionário, permitindo um somatório de todos os itens com intervalo de 29 a 203.

A análise dos escores de cada dimensão pode ser feita separadamente, 11 itens investigam o componente compreensão (itens 1, 3, 5, 10, 12, 15, 17, 19, 21, 24 e 26), dez itens, o componente manejo (itens 2, 6, 9, 13, 18, 20, 23, 25, 27 e 29), e oito itens, o componente significância (itens 4, 7, 8, 11, 14, 16, 22 e 28), no entanto os três componentes foram elaborados para expressar um único constructo que é o SOC. (ANTONOVSKY, 1987).

Em relação a pontuação total do senso de coerência, as PVHA foram classificadas em três níveis: baixo (57 – 140), moderado (141 – 161) e alto (162 – 199), embora Antonovsky não tenha proposto essa divisão, essa classificação tem sido realizada em outros estudos (LANGIUS-EKLÖF; SAMUELSSON, 2009; ANDRÉN; ELMSTÅHL, 2008; ANDRÉN; ELMSTÅHL, 2005).

3.6 Análise estatística

Os dados obtidos nesse estudo foram inseridos em dupla digitação utilizando banco de dados no Programa Microsoft Office Excel, após a digitação foram importados pelo software estatístico *Statistical Package for Social Sciences* (SPSS) versão 20.0 para serem feitas as análises. A análise exploratória foi executada para todas as variáveis selecionadas no estudo. Média, mediana (M), desvio padrão (DP), mínimo e máximo foram calculados para as variáveis numéricas, frequência absoluta e relativa para as variáveis categóricas e seus resultados estão apresentados em gráficos e tabelas. Foram realizados testes para verificar associação entre os desfechos adesão (Adequada, Inadequada) e senso (Baixo, Moderado, Alto) e as variáveis sociodemográficas e clínico epidemiológicas.

Os desfechos foram também analisados quanto a alteração nos valores medidos entre a 1ª e a 2ª avaliação. Na análise estatística foram utilizados os testes de McNemar, para diferenças entre proporções de dados pareados, teste de postos com sinais de Wilcoxon para diferenças de medianas entre dados pareados, Mann-Whitney, para associação entre as variáveis contínuas e categorias, e o coeficiente de correlação de Spearman, para associação entre variáveis contínuas.

Os testes não paramétricos foram escolhidos pelo fato de um número significativo de variáveis apresentar distribuição não-normal. Associações foram consideradas significativas com $p \leq 0,05$. Para validar a consistência interna dos itens dos instrumentos, utilizou-se o coeficiente *alpha de Cronbach*, que mensura o grau de correlação entre os itens da escala; seus valores variam entre zero e um e, quanto mais próximo de um, mais forte é a correlação entre os itens. Para avaliar a força da correlação entre as respostas, adotou-se a classificação sugerida por Steiner e Normam (2003): valores entre 0,70 e 0,90, significam boa consistência interna; abaixo de 0,70, fraca consistência interna; e acima de 0,90, alta concordância.

3.7 Aspectos éticos e legais

Este estudo faz parte de um amplo projeto intitulado “Contribuição da religiosidade, do coping religioso-espiritual e de variáveis de personalidade na adesão e qualidade de vida de portadores do HIV/Aids: um estudo prospectivo”, o qual recebeu financiamento do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq).

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará, conforme Protocolo nº 040.06.12 (ANEXO E).

As entrevistas foram realizadas após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) pelos participantes do estudo (APÊNDICE A), sendo-lhes garantido o anonimato na divulgação das informações. De modo que, todos os aspectos éticos e legais envolvendo a pesquisa com seres humanos foram respeitados, segundo a norma para a pesquisa contida na Resolução Nº 466/2012 do Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012).

4 RESULTADOS

Os resultados referentes aos objetivos propostos por este estudo estão divididos em seis tópicos: 1. Caracterização sociodemográfica e clínica pessoas vivendo com HIV/aids; 2. Análise da adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids; 3. Associação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral; 4. Análise do senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids; 5. Associação entre o senso de coerência e as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids; 6. Associação entre o senso de coerência e a adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids.

4.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas vivendo com HIV/aids

Participaram do estudo 98 pessoas vivendo com HIV/aids em atendimento ambulatorial. Observou-se, que 61 (62,2%) pessoas eram do sexo masculino, com idade média de 39,5 ($\pm 10,3$) anos, variando entre 21 a 69 anos. A maior parte dos entrevistados 78 (68,4%) encontrava-se na faixa etária dos 18 aos 45 anos.

A cor parda foi autorreferida por 52 (53,1%) pacientes. Referente à orientação sexual, 61(62,2%) eram heterossexuais. Quanto à escolaridade, 69 (70,4%) participantes tinham oito ou mais anos de estudo, sendo a média de dez anos ($\pm 4,6$). Dos entrevistados, 69 (70,4%) não coabitavam com o parceiro, sendo que 51(68,4%) dos pacientes relataram ter um ou mais filhos.

Quanto à situação laboral, verificou-se que 58 (58,0%) indivíduos declararam ser ativos. A grande parte dos participantes relatou ter renda familiar inferior a dois salários mínimos (58,2%). Em relação a religião, 66 (67,3%) declararam ser católicos, no entanto, outras religiões foram referidas (Tabelas 1 e 2).

Tabela 1 - Caracterização sociodemográfica das pessoas vivendo com HIV/aids incluídas na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.

CARACTERÍSTICAS	N=98	%	IC 95%	
Sexo				
Masculino	61	62,2	52,1	71,4
Feminino	37	37,8	28,6	47,9
Grupo etário (em anos)				
18 – 49	78	79,6	70,2	86,5
> 49	20	20,4	13,4	29,7
Cor				
Branca	32	32,6	24,0	42,7
Preta	14	14,3	8,6	22,9
Parda	52	53,1	43,0	62,9
Orientação sexual				
Heterossexual	61	62,3	52,1	71,4
Homossexual	26	26,5	18,6	36,3
Bissexual	11	11,2	6,3	19,3
Anos de estudo				
< 8	29	29,6	21,3	39,5
≥ 8	69	70,4	60,5	78,7
Coabita com o parceiro				
Não	69	70,4	60,5	78,7
Sim	29	29,6	21,3	39,5
Filhos				
Não	47	48,0	38,1	58,0
Sim	51	52,0	42,0	61,9
Situação Laboral				
Ativa	58	59,2	49,0	68,6
Inativa	40	40,8	31,4	51,0
Renda Familiar (Salário mínimo)*				
≤ 2	57	58,2	48,0	67,7
> 2	41	41,8	32,3	52,0
Religião				
Católica	66	67,3	57,3	76,0
Evangélica	19	19,4	12,6	28,6
Outras	13	13,3	7,8	21,7

*Salário mínimo vigente em 2012: R\$ 622,00

Tabela 2 - Dados descritivos das características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo (N=98). Fortaleza, Ceará, 2012.

	Média	DP	Mínimo	Máximo	P25	P50	P75
Idade	39,5	10,3	21,0	69	31,7	38,0	47,0
Anos de estudo	10,0	4,6	0,0	20,0	6,8	10,5	12,0
Número de filhos	1,4	2,0	0,0	10,0	0,0	1,0	2,0
Número morador no domicílio	3,2	2,0	1,0	9,0	1,8	3,0	4,0
Renda mensal da família	1663,0	1921,9	0,0	12000,0	670,0	1065,0	1800,0

Em relação ao tempo de diagnóstico, 56 (57,1 %) dos entrevistados conheciam a sorologia anti-HIV há menos de cinco anos. Quanto ao uso da TARV, 82 (83,7 %) faziam uso dos medicamentos a mais de 12 meses. A maioria dos indivíduos, correspondente a 87 (88,9%), não fazia uso de medicação psiquiátrica. Mais da metade dos pacientes, 54 (62,2%) pacientes nunca havia tido nenhuma internação por complicação do HIV (Tabela 3 e 4).

Quanto ao resultado da carga viral, 80 (81,6%) dos pacientes possuíam menos de 400 cópias RNA viral/ml, com referência aos linfócitos T CD4+, a maioria 71 (74,4%) apresentou mais de 350 células/mm³. Em relação à sorologia anti-HIV do parceiro atual, 19 (51,35%) era positiva. A principal categoria de exposição foi a sexual (82,7%).

Tabela 3 - Caracterização clínica das pessoas vivendo com HIV/aids incluídas na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.

CARACTERÍSTICAS CLÍNICAS	N = 98	%	IC 95%	
Tempo de diagnóstico HIV reagente (anos)				
< 5	56	57,1	47,0	66,7
≥ 5	42	42,9	33,3	53,0
Tempo de uso em TARV (meses)				
< 12	16	16,3	10,2	25,2
≥ 12	82	83,7	74,8	89,8
Uso atual de medicação psiquiátrica				
Sim	11	11,2	6,3	19,3
Não	87	88,8	80,7	93,7
Internação por complicações do HIV				
Sim	44	37,8	23,3	54,9
Não	54	62,2	45,0	76,7
Carga viral (cópias/ml)				
< 400	80	81,6	72,5	88,2
≥ 400	18	18,4	11,8	27,4
Linfócitos T CD4+ (células/mm³)				
<350	27	27,6	19,4	37,4
≥ 350	71	74,4	62,6	80,5
Sorologia anti-HIV do parceiro atual				
Positiva	19	51,35	34,9	67,5
Negativa	14	37,84	23,3	55,0
Desconhecida	4	10,81	3,9	26,5
Categoria de exposição				
Sexual	81	82,7	73,7	89,0
Outras	17	17,3	11,0	26,3

Tabela 4 - Dados descritivos das características clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo (N=98). Fortaleza, Ceará, 2012.

	Média	DP	Mínimo	Máximo	P25	P50	P75
Tempo de diagnóstico HIV reagente (meses)	56,9	41,2	1,0	252,0	29,5	48,0	72,0
Tempo de uso da TARV (meses)	48,1	35,8	1,0	180,0	24,0	48,0	62,0
Número de internações por complicações do HIV?	0,9	1,7	0,0	12,0	0,0	0,0	1,0

A Tabela 5 apresenta a descrição da contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral das PVHA na 1ª (N=90) e 2ª (N=89) avaliação do estudo, as quais aconteceram com intervalo de 12 meses.

A média da contagem de linfócitos T CD4+ na primeira avaliação ($516,1 \pm 26,0$) foi menor que na segunda avaliação ($549,5 \pm 25,9$) (Tabela 3) com (56,7%) dos pacientes apresentando valor de contagem mais alta na segunda avaliação em relação à primeira, a diferença entre os pares desta medida foi estatisticamente significante ($p=0,015$) (Tabela 5). Em relação à carga viral, 30 (33,7%) pacientes apresentaram valor menor na segunda avaliação em relação à primeira avaliação e 46 não apresentaram alterações (51,7%) (Tabela 3), a média da carga viral na primeira avaliação foi de 3082,1 ($\pm 1630,2$) e na segunda, foi de 794,2 ($\pm 521,2$), a diferença observada para os dois momentos foi estatisticamente significantes ($p=0,031$) (Tabela 6).

Tabela 5 - Descrição da contagem de linfócitos T CD+ e da carga viral das pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com a 1ª (N=90) e 2ª (N=89) avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012-2013.

Variáveis		Média	Desvio padrão	IC 95%		K-S	Valor de p
Linfócitos T CD4+ (células/mm³)	1ª Avaliação	516,1	26,0	464,3	567,8	1.2	0,134
	2ª Avaliação	549,5	25,4	498,9	600,0	0.5	0,985
Carga viral (cópias/ml)	1ª Avaliação	3082,1	1630,2	-157,5	6321,0	4.2	0,000
	2ª Avaliação	794,2	521,2	-241,5	1829,8	4.1	0,000

Tabela 6 - Resultado do teste de Wilcoxon para a contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral das pessoas vivendo com HIV/aids de acordo com a 1ª (N=90) e 2ª (N=89) avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012-2013.

Resultado do teste de Wilcoxon	Linfócitos T CD4+ (células/mm ³)			Carga viral (cópias/ml)		
	N = 90	%	Valor de p*	N = 89	%	Valor de p
Diferença negativa	28	31,1	0,015	30	33,7	0,031
Diferença positiva	51	56,7		13	14,6	
Igualdade	11	12,2		46	51,7	

4.2 Análise da adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids

A Tabela 7 demonstra a classificação da adesão à TARV em pessoas vivendo com HIV/aids, avaliada nos anos de 2012 e 2013. Podemos perceber que houve uma mudança significativa em relação ao grau de adesão à TARV das PVHA entre as duas avaliações ($p=0,082$). No primeiro momento, 49,0% dos pacientes foram classificados por ter uma adesão adequada, no segundo, observou-se um percentual de 58,2%.

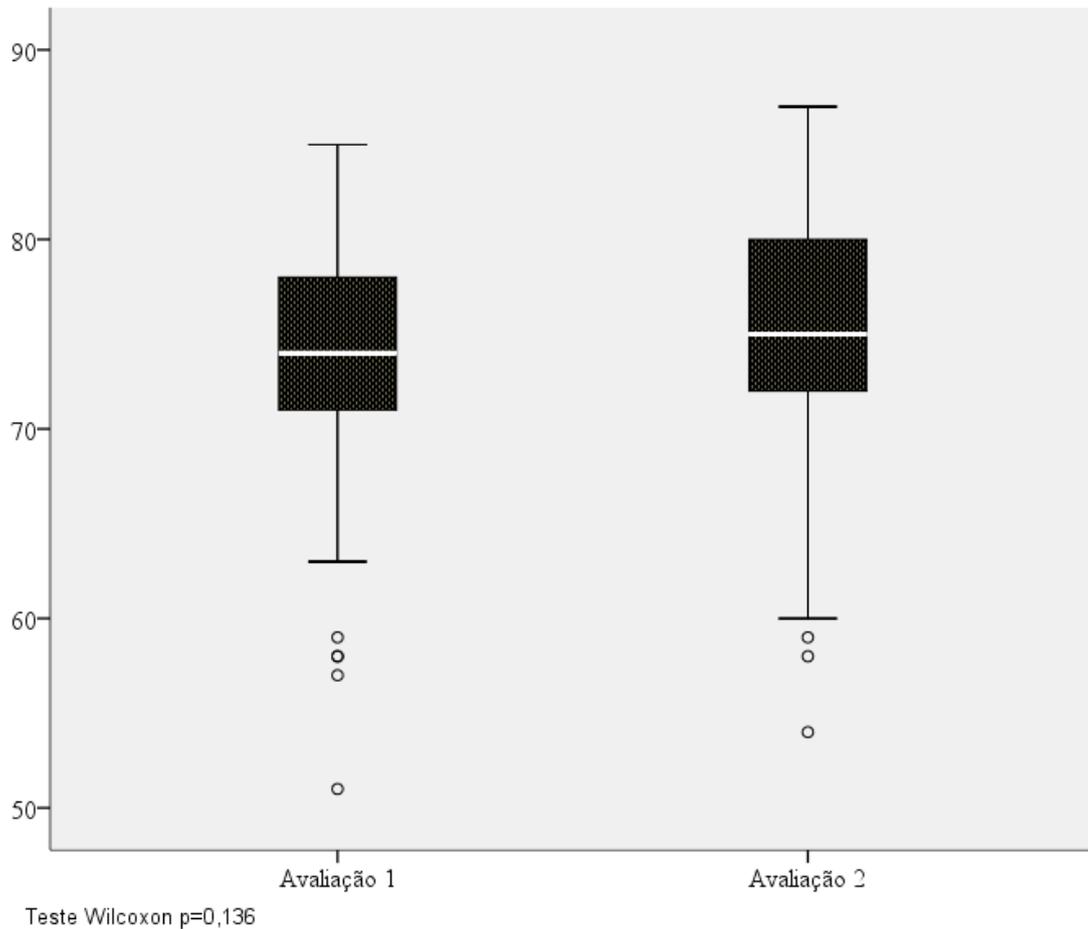
Tabela 7 - Análise da adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012 – 2013.

Adesão	1ª Avaliação		2ª Avaliação		Valor de p*
	N=98	%	N=95	%	
Adequada	48	49,0	57	58,2	0,082
Inadequada	50	51,0	38	38,8	

*Teste McNemar

A Figura 1 representa a distribuição dos escores do CEAT-VIH na 1ª e 2ª avaliação da adesão à TARV. Observa-se aumento da mediana entre as duas avaliações, entretanto não houve diferença significativa ($p=0,0136$).

Figura 1 - *Boxplots* da distribuição dos escores da CEAT-VIH na 1ª e 2ª avaliação das pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012-2013.



4.3 Associação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral

A Tabela 8 apresenta a associação entre as características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/aids e adesão à terapia antirretroviral na 1ª avaliação do estudo. Os pacientes do sexo masculino ($p=0,034$), homo/bissexuais, ($p=0,043$), escolarizados ($0,022$), com filhos ($p=0,005$), com situação laboral ativa ($p<0,001$) apresentaram maior adesão à TARV. Os pacientes com menor renda financeira possuíam melhor adesão ($p = 0,005$). Grupo etário, cor, coabitar com o parceiro e religião não foram estatisticamente significativamente para interferir na adesão à TARV.

Tabela 8 - Associação entre as características sociodemográficas das pessoas vivendo com HIV/aids e adesão à terapia antirretroviral na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.

Características	Adesão à TARV				Total N=98	Valor de p*
	Inadequada		Adequada			
	N= 50	%	N = 48	%		
Sexo						
Masculino	26	42,6	35	57,4	61	0,034
Feminino	24	64,9	13	35,1	37	
Grupo etário						
18 – 49	38	48,7	40	51,3	78	0,370
> 49	12	60,0	8	40,0	20	
Cor autoreferida						
Parda	22	47,8	24	52,2	46	0,554
Branca/Preta	28	53,8	24	46,2	52	
Orientação sexual						
Heterossexual	36	59,0	25	41,0	61	0,043
Homossexual/Bissexual	9	34,6	17	65,4	26	
Anos de estudo						
< 8	20	69,0	9	31,0	29	0,022
≥ 8	30	43,5	39	56,5	69	
Coabita com parceiro						
Não	34	49,3	35	50,7	69	0,596
Sim	16	55,2	13	44,8	29	
Tem filhos						
Não	17	36,2	30	63,8	47	0,005
Sim	33	64,7	18	35,3	51	
Situação laboral						
Ativo	21	36,2	37	63,8	58	<0,001
Inativo	29	72,5	11	27,5	40	
Renda Familiar (Salário mínimo)*						
≤ 2	14	34,1	27	65,9	41	0,005
> 2	36	63,2	21	36,8	57	
Religião						
Católica	35	53,0	31	47,0	66	0,398
Evangélica	11	57,9	8	42,1	19	
Outras	4	30,8	9	69,2	13	

*Salário mínimo vigente em 2012: R\$ 622,00

Com relação à associação das características clínicas e a adesão à TARV, observou-se que não houve relação estatisticamente significativa entre as variáveis avaliadas e a classificação da adesão (Tabela 9).

Tabela 9 - Associação entre as características clínicas e a adesão à terapia antirretroviral das pessoas que vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.

Características	Adesão à TARV				Total N=98	Valor de p*
	Inadequada		Adequada			
	N = 50	%	N = 48	%		
Tempo de diagnóstico (anos)						
< 5	27	48,2	29	51,8	56	0,523
≥ 5	23	54,8	19	45,2	42	
Tempo de uso em TARV (meses)						
< 12	40	48,8	42	51,2	82	0,318
≥ 12	10	62,5	6	37,5	16	
Medicação psiquiátrica						
Sim	8	72,7	3	27,3	11	0,128
Não	42	48,3	45	51,7	87	
Carga Viral RNA viral/ml						
< 400	38	47,5	42	52,5	80	0,144
≥ 400	12	66,7	6	33,3	18	
Linfócitos T CD4+ células/mm³						
< 350	15	55,6	12	44,4	27	0,582
≥ 350	35	49,3	36	50,7	71	
Sorologia anti-HIV do parceiro atual						
Positiva	12	63,2	7	36,8	19	0,334
Negativa	6	42,9	8	57,1	14	
Desconhecida	3	75,0	1	25,0	4	
Categoria de exposição						
Sexual	39	48,1	42	51,9	81	0,217
Outras	11	64,7	6	35,3	17	

Ao realizar a análise do modelo de regressão logístico para adesão à TARV, observou-se que a situação laboral, a renda familiar e o tempo de uso da TARV são variáveis que interferem na adesão à terapia medicamentosa. De forma que, os pacientes que apresentam situação laboral ativa, com menor renda familiar e com menos tempo de uso da TARV, apresentam maior chance de aderir à medicação (Tabela 10).

Tabela 10 – Modelo de regressão logístico para adesão à terapia antirretroviral em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012.

Variáveis	OR*	Valor de p	IC 95%	
Situação laboral	3,4	0,009	1,3	8,7
Renda familiar	2,6	0,036	1,1	6,6
Filhos	2,7	0,030	1,1	6,6
Tempo de diagnóstico (anos)	2,4	0,082	0,9	6,4
Tempo de uso em TARV (meses)	4,1	0,039	1,1	16,0

OR: Odds ratio.

4.4 Análise do senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids

A análise do senso de coerência foi realizada com 97 entrevistas, pois um paciente recusou responder os itens do questionário. A média dos escores do QSCA foi de $132,84 \pm 22,3$ e mediana de 134. O intervalo obtido variou entre 51 e 186, revelando que existiam pacientes tanto com baixo quanto com alto senso de coerência. Quanto à mediana dos itens, os valores estão no intervalo de três a sete, as médias, entre 3,2 (item cinco e dez) e 5,6 (item 22). A consistência interna do instrumento foi verificada pelo *alpha de Cronbach*, obtendo-se valor igual a 0,77, demonstrando a confiabilidade do instrumento na população estudada (Tabela 11).

Tabela 11 - Estatística descritiva dos 29 itens do QSCA em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012.

QSCA	Intervalo obtido	Mediana	Média	Desvio Padrão
Item 1: Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?	1 - 7	6	5,1	2.0
Item 2: Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que:	1 - 7	4	4,9	1.9
Item 3: Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?	1 - 7	4	3,8	2.1
Item 4: Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor:	1 - 7	4	3,8	2.3
Item 5: Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?	1 - 7	4	3,2	2.0
Item 6: Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?	1 - 7	4	3,6	2.2
Item 7: A vida é:	1 - 7	7	5,1	2.4
Item 8: Até agora, sua vida tem sido:	1 - 7	7	5,5	2.1
Item 9: Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?	1 - 7	4	4,5	2.2
Item 10: Nos últimos dez anos sua vida tem sido:	1 - 7	4	3,2	2.2
Item 11: A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:	1 - 7	4	4,4	1.6
Item 12: Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?	1 - 7	4	4,7	1,9
Item 13: Como você vê a vida?	1 - 7	7	5,4	2,0
Item 14: Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:	1 - 7	7	5,5	2,1

QSCA	Intervalo obtido	Mediana	Média	Desvio Padrão
Item 15: Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:	1 - 7	4	3,9	2,0
Item 16: Fazer as coisas que você faz todos os dias é:	1 - 7	4	4,8	2,1
Item 17: Sua vida no futuro provavelmente será:	1 - 7	4	3,4	2,3
Item 18: Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:	1 - 7	4	4,8	2,1
Item 19: Com que frequência você tem sentimentos e ideias bastante confusas?	1 - 7	4	4,4	2,0
Item 20: Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente:	1 - 7	7	5,1	2,4
Item 21: Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?	1 - 7	4	4,5	2,2
Item 22: Você acha que sua vida pessoal no futuro será:	1 - 7	7	5,6	1,9
Item 23: Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?	1 - 7	7	5,2	2,2
Item 24: Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?	1 - 7	5	5,0	1,9
Item 25: Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?	1 - 7	4	4,5	1,8
Item 26: Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:	1 - 7	4	4,2	2,3
Item 27: Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:	1 - 7	7	5,6	1,7
Item 28: Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?	1 - 7	4	4,5	2,3
Item 29: Com que frequência você tem a sensação de que você não consegue manter seu autocontrole?	1 - 7	4	4,4	2,2

Na Tabela 12, encontra-se a distribuição das frequências de respostas aos itens do QSCA. As maiores frequências, em todos os itens, se localizam nos extremos (valor um ou sete) ou no valor central (quatro), sendo possível observar a presença dos efeitos *floor* e *ceiling*, ou seja, frequência maior do que 15% de respostas dos participantes no menor ou no maior escore possível da escala, respectivamente. O efeito *floor* esteve presente nos itens 3,4,5,6,7,9,10,15,17,20,21,26,28 e 29 e o efeito *ceiling* foi observado em quase todos os itens, com exceção do item 5.

Tabela 12 - Distribuição das frequências de respostas aos itens do QSCA em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012.

Item	Valor 1 (%)	Valor 2 (%)	Valor 3 (%)	Valor 4 (%)	Valor 5 (%)	Valor 6 (%)	Valor 7 (%)
Item 01	11,2	2,0	1,0	30,6	4,1	8,2	41,8
Item 02	9,2	2,0	3,1	37,8	7,1	4,1	35,7
Item 03	26,5	3,1	3,1	41,8	2,0	4,1	18,4
Item 04	30,6	3,1	6,1	26,5	1,0	8,2	23,5
Item 05	34,7	7,1	2,0	39,8	2,0	1,0	12,2
Item 06	29,6	8,2	3,1	33,7	3,1	2,0	19,4
Item 07	17,3	4,1	2,0	16,3	3,1	3,1	53,1
Item 08	11,2	2,0	1,0	20,4	3,1	4,1	57,1
Item 09	17,3	2,0	3,1	35,7	5,1	1,0	34,7
Item 10	40,8	3,1	3,1	29,6	1,0	8,2	13,3
Item 11	6,1	2,0	5,1	59,2	4,1	3,1	19,4
Item 12	12,2	1,0	1,0	38,8	9,2	7,1	29,6
Item 13	8,2	2,0	1,0	26,5	4,1	3,1	54,1
Item 14	9,2	3,1	4,1	18,4	4,1	2,0	58,2
Item 15	23,5	2,0	5,1	41,8	5,1	2,0	19,4
Item 16	13,3	2,0	4,1	33,7	4,1	2,0	39,8
Item 17	38,8	1,0	4,1	28,6	4,1	1,0	20,4
Item 18	14,3	1,0	0,0	36,7	3,1	6,1	37,8
Item 19	15,3	3,1	3,1	44,9	2,0	4,1	26,5
Item 20	21,4	0,0	0,0	18,4	2,0	4,1	53,1
Item 21	17,3	4,1	3,1	34,7	3,1	5,1	31,6
Item 22	8,2	0,0	2,0	23,5	2,0	4,1	59,2
Item 23	11,2	5,1	1,0	24,5	1,0	3,1	53,1
Item 24	10,2	1,0	1,0	36,7	5,1	7,1	37,8
Item 25	9,2	4,1	6,1	44,9	6,1	4,1	24,5
Item 26	25,5	2,0	1,0	31,6	4,1	2,0	32,7
Item 27	3,1	1,0	3,1	27,6	8,2	2,0	54,1
Item 28	21,4	1,0	4,1	28,6	0,0	8,2	35,7
Item 29	20,4	2,0	2,0	35,7	5,1	4,1	29,6

Os componentes do senso de coerência são apresentados segundo mediana, média, e desvio padrão, a estatística descritiva é apresentada na Tabela 13. Observa-se que os *alphas de Cronbach* obtidos foram todos inferiores a 0,70, não sendo considerado um instrumento confiável para ser realizada a análise de cada componente de forma individual.

Tabela 13 - Estatística descritiva e confiabilidade dos componentes do QSCA em pessoas vivendo com HIV/aids. Fortaleza, Ceará, 2012.

Componentes do QSCA	<i>Alpha de Cronbach</i>	Mediana	Média	Desvio padrão
Compreensão	0,58	47,0	45,4	10,2
Manejo	0,51	48,0	47,9	9,0
Significado	0,63	41,0	39,2	9,0

4.5 Associação entre o senso de coerência e as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids

A estatística descritiva dos valores do SOC foi investigada segundo as características sociodemográficas, houve diferença significativa quanto ao sexo ($p=0,039$), a situação laboral ($p=0,010$) e a renda ($p=0,033$) (Tabela 14). Assim, homens, pessoas com situação laboral ativa e com renda superior a dois salários mínimos possuem melhor pontuação total no QSCA.

Tabela 14 - Estatística descritiva dos valores do SOC, segundo dados sóciodemográficos de pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.

Características	Mediana	Média	Desvio padrão	Valor de p*
Sexo				
Masculino	135,0	136,28	21,4	0,039
Feminino	128,5	127,11	22,6	
Grupo etário				
18 – 49	134,0	133,2	22,7	0,901
> 49	135,5	131,6	20,5	
Cor autopercebida				
Parda	133,0	132,02	23,3	0,856
Branca/Preta	135,0	133,6	21,4	
Orientação sexual				
Heterossexual	132,0	130,7	21,4	0,330
Homossexual/Bissexual	135,0	136,5	23,2	
Anos de estudo				
< 8	134,5	130,5	20,3	0,602
≥ 8	134,0	133,8	23,0	
Coabita com parceiro				
Não	135,0	134,3	22,0	0,331
Sim	131,0	129,3	22,5	
Tem filhos				
Não	135,0	137,2	20,0	0,115
Sim	130,0	128,8	23,6	
Situação laboral				
Ativo	136,0	138,5	19,7	0,010
Inativo	131,0	124,5	23,3	
Renda familiar (Salário mínimo)*				
≤ 2	131,0	129,1	24,9	0,033
> 2	139,5	138,3	16,6	
Religião				
Católica	132,0	132,0	21,4	0,634
Outras	135,0	133,3	22,7	

*Salário mínimo vigente em 2012: R\$ 622,00

De acordo com os resultados da Tabela 15, referente à associação entre as características sociodemográficas e a classificação do senso de coerência, pode-se observar que, PVHA com alto senso de coerência apresentam situação ativa ($p=0,022$).

Tabela 15 - Associação entre as características sociodemográficas e o senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.

Características	Senso de coerência				Total N=97	Valor de p*
	Baixo		Moderado/Alto			
	N =64	%	N = 33	%		
Sexo						
Masculino	37	60,7	24	39,3	61	0,152
Feminino	27	75,0	9	25,0	36	
Grupo etário						
18 – 49	52	67,5	25	32,5	77	0,529
> 49	12	60,0	8	40,0	20	
Cor autodeclarada						
Parda	27	60,0	18	40,0	45	0,250
Branca/Preta	37	71,2	15	28,8	52	
Orientação sexual						
Heterossexual	24	64,9	13	35,1	37	0,856
Homo/ Bissexual	40	66,7	20	33,3	60	
Anos de estudo						
< 8	20	71,4	8	28,6	28	0,473
≥ 8	44	63,8	25	36,2	69	
Coabita com parceiro						
Não	45	65,2	24	34,8	69	0,805
Sim	19	67,9	9	32,1	28	
Tem filhos						
Não	32	68,1	15	31,9	47	0,673
Sim	32	64,0	18	36,0	50	
Situação laboral						
Ativo	32	64,0	18	36,0	50	0,022
Inativo	32	68,1	15	31,9	47	
Renda familiar (Salário mínimo)*						
≤ 2	41	71,9	16	28,1	57	0,142
> 2	23	57,5	17	42,5	40	
Religião						
Católica	22	71,0	9	29,0	31	0,480
Outras	42	63,6	24	26,4	66	

*Salário mínimo vigente em 2012: R\$ 622,00

Em relação à estatística descritiva dos valores do SOC segundo as características clínicas, observou-se que houve diferença significativa apenas em relação ao uso de

medicação psiquiátrica ($p=0,002$). De forma que, pacientes que não fazem uso de medicação psiquiátrica apresentam mais elevado escore em relação ao senso de coerência (Tabela 16).

Tabela 16 - Estatística descritiva dos valores do SOC, segundo características clínicas de pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.

Características	Mediana	Média	Desvio padrão	Valor de p*
Tempo de diagnóstico				
< 5	134,0	131,9	23,3	0,991
≥ 5	133,5	134,2	20,8	
Tempo de uso em TARV				
< 12	131,0	136,2	20,0	0,808
≥ 12	134,0	132,2	22,7	
Uso atual de medicação psiquiátrica				
Sim	104,9	106,0	31,7	0,002
Não	136,1	135,0	18,5	
Internação por complicações do HIV				
Sim	133,0	131,61	20,5	0,720
Não	135,0	133,9	23,7	
Carga viral (cópias/ml)				
< 400	135,0	133,9	22,9	0,142
≥ 400	128,5	128,2	18,5	
Linfócitos T CD4+ (células/mm³)				
<350	129,26	130,0	17,8	0,169
≥ 350	134,27	135,0	23,6	
Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro?				
Positiva	127,0	125,2	17,4	0,359
Negativa	143,5	130,7	31,0	
Desconhecida	129,5	130,3	12,3	
Categoria de exposição				
Sexual	134,0	133,2	20,1	0,690
Outras	136,0	131,1	30,7	

A comparação das características clínicas das PVHA em relação ao senso de coerência baixo/moderado ou alto mostrou que houve relação estatisticamente significativa apenas em relação à sorologia anti-HIV do parceiro atual ($p=0,040$). De modo que, pacientes com maior senso de coerência relataram parceiro positivo (Tabela 17).

Tabela 17 - Associação entre as características clínicas e o senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids na 1ª avaliação do estudo. Fortaleza, Ceará, 2012.

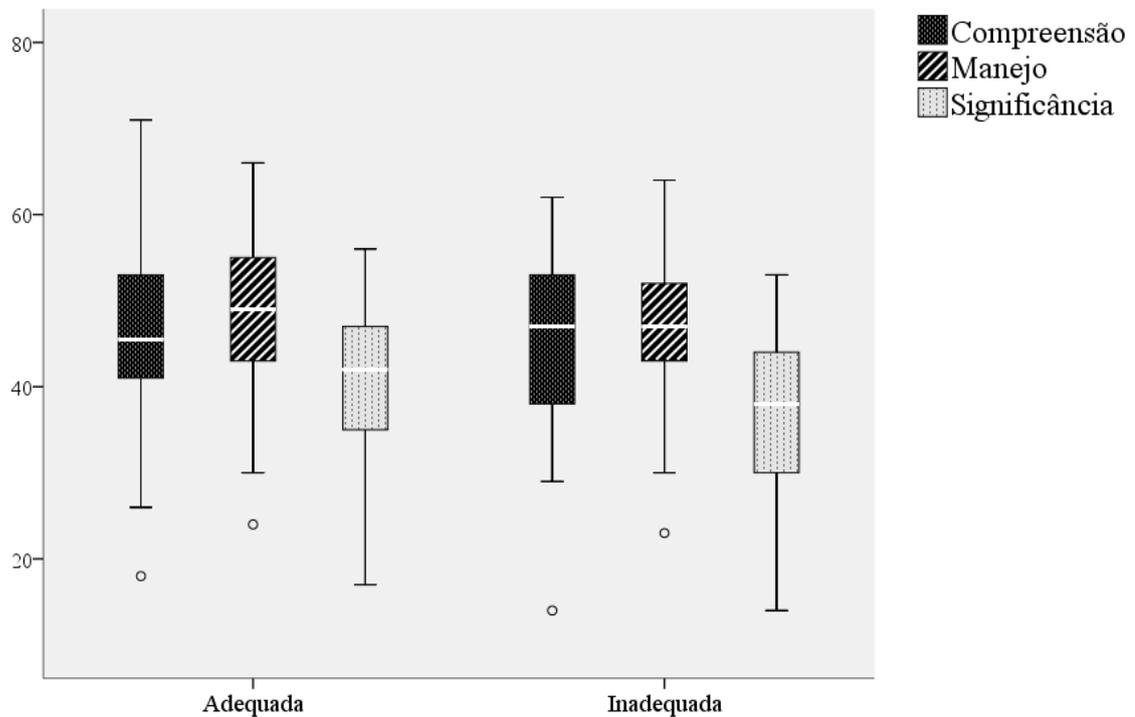
Características	Senso de Coerência					Valor de p*
	Baixo		Moderado/Alto		Total	
	N	%	N	%	N=97	
Tempo de diagnóstico (anos)						
< 5	35	63,6	20	36,4	55	0,579
≥ 5	29	69,0	13	31,0	42	
Tempo de uso em TARV (meses)						
< 12	9	56,3	7	43,8	16	0,371
≥ 12	55	67,9	26	32,1	81	
Medicação psiquiátrica						
Sim	8	80,0	2	20,0	10	0,326
Não	56	64,4	31	35,6	87	
Carga Viral RNA viral/ml						
< 400	51	64,6	28	35,4	79	0,538
≥ 400	13	72,2	5	27,8	18	
Linfócitos T CD4+ células/mm³						
<350	20	74,1	7	25,9	27	0,298
≥ 350	44	62,9	26	37,1	70	
Sorologia anti-HIV do parceiro atual						
Positiva	16	88,9	2	11,1	18	0,040
Negativa	6	42,9	8	57,1	14	
Desconhecida	3	75,0	1	25,0	4	
Categoria de exposição						
Sexual	55	68,8	25	31,3	80	0,214
Outras	9	52,9	8	47,1	17	

4.6 Associação entre o senso de coerência e a adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral

A Figura 2 apresenta os escores dos componentes senso de coerência (compreensão, manejo, significado) obtidos do QSCA, segundo a adesão à TARV (adequada e inadequada). Observa-se que os pacientes que apresentaram adesão adequada, possuíam

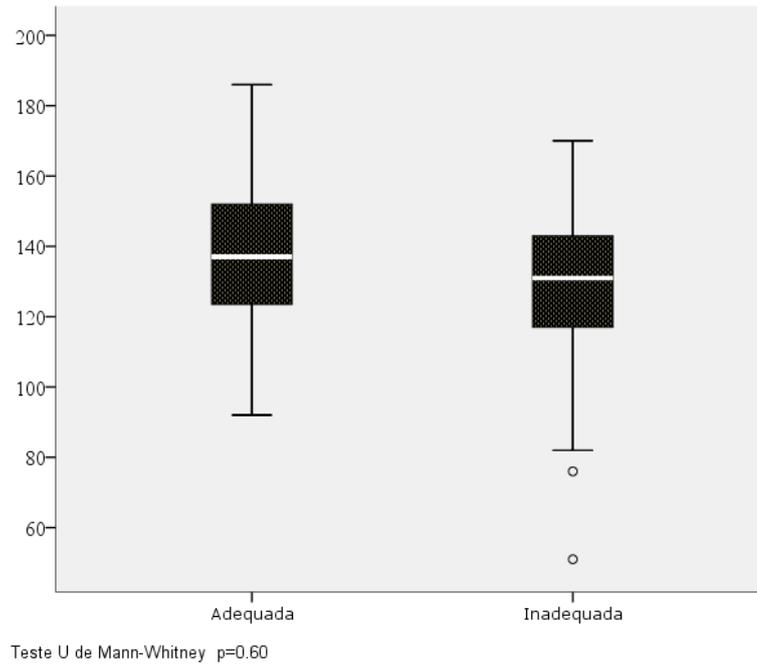
maior mediana no componente manejo e significância. Entretanto, a mediana da componente compreensão foi maior nas pessoas com adesão inadequada.

Figura 2 - *Boxplots* dos componentes senso de coerência (compreensão, manejo, significado) obtida do QSCA, segundo à adesão à TARV (adequada e inadequada).



Os pacientes que formam o grupo adesão adequada exibiram maior o valor mínimo, o máximo e mediana de pontuação em relação ao senso de coerência, quando comparados com os pacientes com adesão inadequada. De forma que, pacientes com adesão adequada à TARV, apresentam maior senso de coerência (Figura 3).

Figura 3 - *Boxplots* do senso de coerência obtida do QSCA, segundo à adesão à TARV.



Ao avaliar a mediana dos itens do QSCA, percebe-se que na 1ª avaliação, a mediana das respostas aos itens foi semelhante no grupo de adesão adequada e no grupo de adesão inadequada. Entretanto, na 2ª avaliação, houve uma tendência de menor mediana no grupo de adesão inadequada em relação ao grupo de adesão adequada, com a exceção de alguns itens que apresentaram medianas iguais ou semelhantes (Figuras 4 e 5).

Figura 4 - Mediana das respostas aos itens do QSCA, em relação à adesão à TARV, 1º momento.

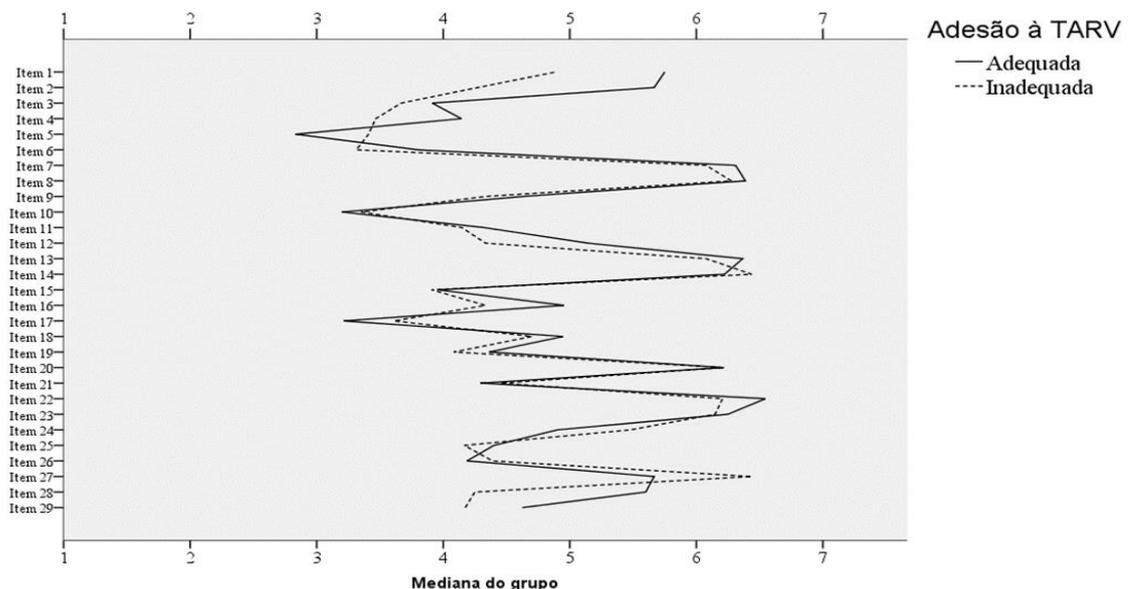
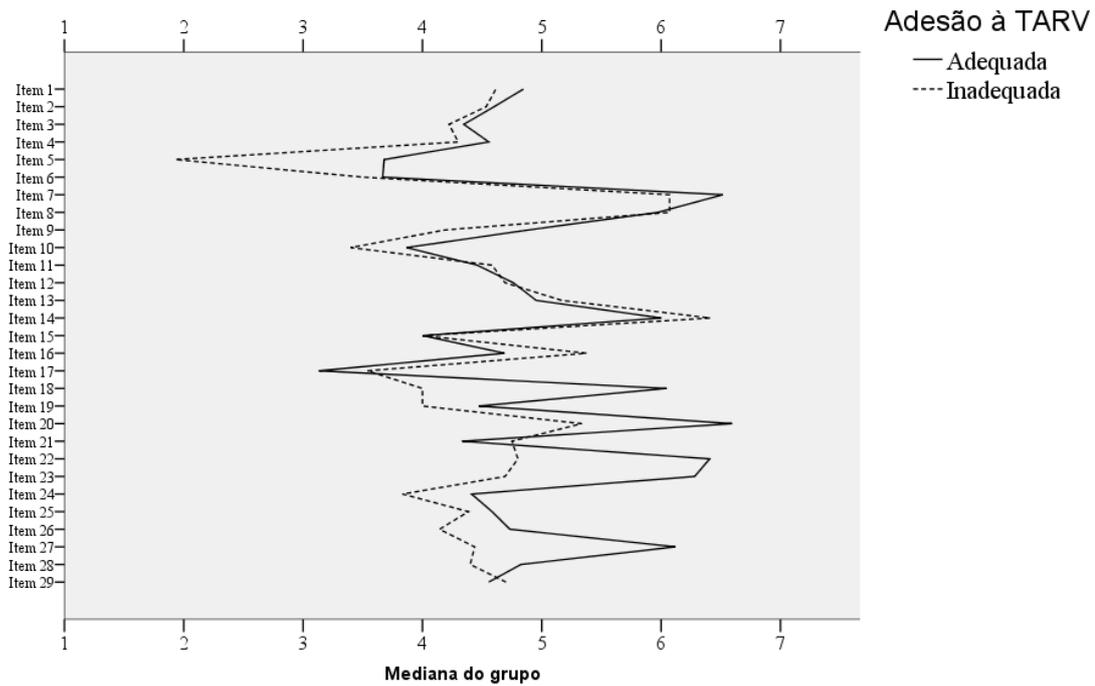
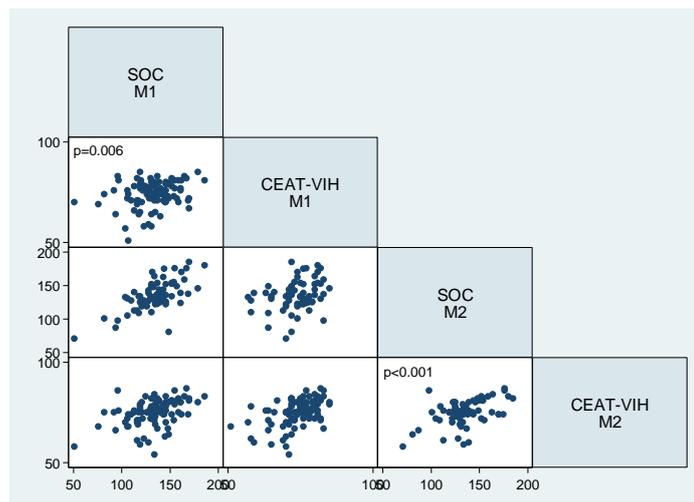


Figura 5 - Mediana das respostas aos itens do QSCA, em relação à adesão à TARV, 2º momento.



A Figura 6 apresenta a relação entre os escores do QSCA e da CEAT-VIH, na 1ª e 2ª avaliação. Pode-se observar que há uma relação estatisticamente significativa em relação esses escores, à medida que aumenta a pontuação total do QSCA, aumenta também a pontuação total da CEAT-VIH, tal fato ocorreu tanto na primeira como na segunda avaliação ($p=0,006$ e $p<0,001$, respectivamente). Portanto, PVHA com melhores valores para o senso de coerência apresentam melhor pontuação para a adesão à TARV.

Figura 6 - Distribuição dos escores do QSCA e da CEAT-VIH, na 1ª e 2ª avaliação. Fortaleza, Ceará, 2012-2013.



5 DISCUSSÃO

5.1 Caracterização sociodemográfica e clínica das pessoas vivendo com HIV/aids

As pessoas vivendo com HIV/aids enfrentam diversos desafios em relação ao tratamento da doença, investigar a influência das variáveis sociodemográficas, clínicas e psicossociais são fundamentais para propor o desenvolvimento de estratégias de intervenção que favoreçam a adesão à TARV.

Nos últimos anos, têm ocorrido um intenso processo de feminização da aids, com queda progressiva da proporção masculino/feminino em relação ao número de casos. Um dos determinantes dessa mudança epidemiológica é a desigualdade de poder entre os sexos e a menor autonomia feminina para decisões sexuais e reprodutivas, incluindo a iniciação sexual sob pressão, sexo inseguro, abuso e exploração sexual (SANTOS *et al.*, 2009). Entretanto, homens ainda são diagnosticados com mais frequência do que as mulheres (JIANG *et al.*, 2015), com predominância da população masculina nos estudos sobre HIV/aids (CERDÁ *et al.*, 2014; HAGHGOO *et al.*, 2015), tal fato é semelhante ao observado na presente pesquisa.

Tem sido observado um crescimento de casos notificados entre os jovens de 13 a 19 anos no Estado do Ceará no período de 2001 a 2011, entretanto, a incidência na faixa etária de 30 a 34 anos e de 35 a 39 anos, ainda é predominante (PEDROSA *et al.*, 2015). O intervalo do grupo etário mais prevalente no estudo, corrobora com a literatura, na qual a aids ainda é mais prevalece em adultos jovens, não somente no Ceará, mas em todo o mundo. Pesquisa realizada na Etiópia, observou uma crescente probabilidade de infecção pelo HIV nas faixas etárias de 25 a 45 anos, em comparação com os adultos na faixa etária de 45-49 anos (LAKEW; BENEDICT; HAILE, 2015).

A raça tem sido apontada como evidência no processo de adoecer e no comportamento da doença, entretanto, há uma tendência de a cor da pele ser a característica mais comumente utilizada para aplicação da variável raça na grande maioria das pesquisas, embora a raça tenha um significado bem mais abrangente do que a cor da pele (BARRETO, 2004). No presente estudo, a maioria dos participantes auto referiram a cor parda, corroborando com a epidemiologia da aids no Ceará (PEDROSA *et al.*, 2015).

A variável orientação sexual tem sido bastante explorada nos estudos, pois por muito tempo o HIV esteve associado a grupos de risco, tais como homossexuais e usuários de

drogas injetáveis, porém, sabe-se que atualmente há uma grande prevalência de casos de aids em heterossexuais (COHEN *et al.*, 2011; TANG *et al.*, 2014; KHAKHA *et al.*, 2015). Os achados do presente estudo podem comprovar essa nova tendência, visto que a maioria das pessoas declararam ser heterossexuais.

A maioria dos pacientes possuía mais de oito anos de estudo. Essa tendência também foi apontada em pesquisa realizada na Etiópia, a qual demonstrou que adultos que tiveram os níveis de ensino primário, secundário e superior tiveram maior probabilidade de ser HIV positivo do que indivíduos não-educados (LAKEW; BENEDICT; HAILE, 2015). Entretanto, alguns estudos ainda apontam a prevalência de baixa escolaridade entre indivíduos com HIV/aids (BALASUNDARAM *et al.*, 2014; JOSHI *et al.*, 2014; CERDÁ *et al.*, 2014). Essa diferença pode ser decorrente da recente mudança do perfil epidemiológico, na qual a aids tem sido disseminada na população em geral.

Estudo transversal realizado na África percebeu que pessoas que casam após 24 anos de idade apresentam maior prevalência de HIV (SHISANA *et al.*, 2015). Isso pode ser comprovado pelas elevadas taxas de diagnóstico de HIV em solteiros (ARAÚJO *et al.*, 2013; GANT *et al.*, 2012), corroborando com o resultado do presente estudo, no qual a maioria dos participantes não coabitavam com o parceiro.

Em relação ao número de filhos, a maioria dos participantes declararam ter filhos, estudo aponta que um grande número de filhos pode comprometer o autocuidado (HARRIS *et al.*, 2011). Por outro lado, a pessoa com HIV vê nos filhos um motivo para continuar a viver, à medida que sente a necessidade de cuidar deles e acompanhá-los no seu crescimento, constituindo-se, portanto, uma fonte de força para viver (ESPÍRITO SANTO; GOMES; OLIVEIRA, 2013).

Quanto a situação laboral, a maioria dos pacientes relataram serem ativos, embora os pacientes que vivem com HIV continuem a desenvolver suas atividades laborais normalmente, uma minoria ainda muda de ocupação após o diagnóstico da sorologia anti-HIV positiva devido ao estigma no local de trabalho (BALASUNDARAM *et al.*, 2014). Em alguns casos, pode-se perceber a necessidade de afastamento ou de pedido de demissão para cuidar da saúde, o que muitas vezes não significa a desistência ou paralisação de sua atividade profissional, mas sim, a busca de uma atividade que permita a conciliação do trabalho com os cuidados necessários à saúde (FERREIRA; FIQUEIREDO; SOUZA, 2011)

A situação socioeconômica é apontada como um fator que interfere na condição de saúde (TANG *et al.*, 2014). E por muito tempo, a aids esteve associada a pauperização, entretanto no presente estudo, a maioria das PVHA, declararam receber mais de dois salários mínimos.

No estudo, a maioria das pessoas que professavam algum tipo de religião, sendo predominante a católica, esse resultado também foi encontrado em outra região do Nordeste (SILVA *et al.*, 2014). A religião tem sido uma das formas de enfrentamento mais comumente utilizadas pelas PVHA (KHAKHA *et al.*, 2015).

No presente estudo, o tempo de diagnóstico prevalente na população foi inferior a cinco anos. Os sujeitos com maior tempo de diagnóstico apresentaram conteúdos representacionais ancorados na religiosidade, o que contribuiria para a ressignificação da doença e reorientação de expectativas e projetos de vida (HIPOLITO *et al.*, 2014).

Por outro lado, investigação com o objetivo verificar a prevalência e os fatores associados à violência em mulheres com HIV no Sul do Brasil, apontou como resultado que mulher que tinham o diagnóstico de HIV há mais de cinco anos estão mais expostas a situações de violência, segundo autores, tal fato pode acontecer porque as mulheres estão há mais tempo expostas a preconceitos, rejeição social e estigmas gerados pela doença (CECCON; MENEGHEL, 2015).

O diagnóstico e o tratamento precoce são essenciais para reduzir a progressão da infecção pelo HIV para a aids (CHEN *et al.*, 2015; MELANIE *et al.*, 2012). Entretanto, muitas vezes, ocorre atraso no início do tratamento mesmo após indicação médica, estando esse atraso associado a depressão, medo do estigma, da divulgação do diagnóstico à família e dos efeitos colaterais (BALASUNDARAM *et al.*, 2014).

A maior parte das pessoas havia iniciado a TARV há menos de doze meses. Estudo realizado em Salvador percebeu que 15% dos pacientes que haviam iniciado a TARV, abandonavam o tratamento ou permaneciam sem efetuar nova retirada de medicamentos por três meses ou mais da data prevista (SILVA *et al.*, 2015). Segundo o mesmo autor, os pacientes que cursaram com alguma reação adversa aos TARV apresentaram 2,4 vezes mais chance para a não adesão do que aqueles que não tiveram reação adversa no início da terapia.

Apesar do uso de medicação psiquiátrica não ter sido relatado pela maioria da população, estudos apontam maior sofrimento psíquico em PVHA em comparação com a população em geral (SKALSKI, 2015; KEE *et al.*, 2015; BING *et al.*, 2001; CIESLA;

ROBERTS, 2001). Vale ressaltar ainda que na população que vive com HIV, as mulheres são mais propensas a relatar um diagnóstico de depressão, transtorno bipolar, ou esquizofrenia ou transtorno psicótico dos que os homens (SKALSKI *et al.*, 2015).

Com o advento da terapia antirretroviral, houve uma significativa redução da ocorrência de doenças oportunistas, o que também resultou em diminuição do número e da duração das internações (NDINDA *et al.*, 2007). Observa-se que a maioria dos participantes nunca haviam sido internados por complicações do HIV, tal resultado pode ser decorrente do uso da TARV na amostra estudada. Pesquisa realizada por Silva *et al.* (2015), evidenciou um percentual ainda menor de hospitalização relacionado à aids (19,9%), com taxa de não adesão (25,0%) inferior ao presente estudo, dando evidencia do que foi afirmado anteriormente.

Considerando-se os marcadores biológicos, a maioria dos pacientes apresentou carga viral inferior a 400 cópias e mais de 350 células/mm³ de linfócitos T CD4+, o que pode ser resultado da adesão adequada à TARV, expressa pela maioria dos pacientes, tal resultado está em concordância com os apresentados na literatura sobre os benefícios da TARV na redução da carga viral, restauração das células de defesa (JIANG *et al.*, 2013).

As células de defesa são importantes marcadores no tratamento de pessoas que vivem com HIV/aids, visto que pacientes que apresentam mais linfócitos T CD4+ nos seis primeiros meses após o diagnóstico, possuem menor probabilidade de morrer de aids ou doenças oportunistas (JIANG *et al.*, 2013).

A maioria dos pacientes apresentavam relacionamentos soroconcordantes. A predominância desse tipo de relacionamento pode ser decorrente da relutância em revelar seu status de HIV para o cônjuge, continuando a atividade sexual desprotegida (MARFATIA *et al.*, 2015). No caso de casais sorodiscordantes, os profissionais de saúde devem estar preparados para trabalhar essa problemática, lembrando de advertir acerca do uso do preservativo, com o propósito de obter a proteção do parceiro soronegativo (CUNHA; GALVÃO, 2011).

O contato sexual foi a principal via de transmissão do HIV, assim como também é demonstrado em outros estudos (SHEN *et al.*, 2013; JIANG *et al.*, 2015). A promoção do uso do preservativo continua a ser um elemento extremamente importante e eficaz das políticas de prevenção, uma vez que pode ser uma atividade efetiva para impedir aumentos muito mais dramáticas na incidência do vírus (PHILLIPS *et al.*, 2013).

Após aproximadamente um ano de uso da TARV, observou-se alterações significativas na contagem de linfócitos T CD4+ (aumento) e na carga viral (diminuição). Os resultados do estudo podem ser decorrentes do uso adequado da medicação, visto que a TARV contribui para a diminuição da carga viral e aumento das células de defesa (MONTANER *et al.*, 2010).

5.2 Análise da adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids

A adesão é um ponto crucial no tratamento de doenças crônicas. No caso dos antirretrovirais passa a ter relevância maior ainda, visto que índices de adesão em torno de 95% são requeridos para que haja um bom controle da doença (REGO *et al.*, 2011).

Sabe-se que a falta da adesão entre os usuários de TARV reflete-se em baixos níveis de linfócitos T CD4+, sendo vista como um dos maiores perigos à resposta ao tratamento, com conseqüente progressão da doença, aumento da chance de manifestação de infecções oportunistas, tais como a pneumonia, tuberculose, toxoplasmose, herpes zoster, candidíase, além da diminuição da qualidade de vida (SINGH, 2015; BLANK, 2011).

A medida da adesão à TARV tem sido um grande desafio devido a sua natureza subjetiva, assim, ainda não existe um método padrão-ouro para medir a adesão ART, sendo utilizadas inúmeras metodologias (JOSHI *et al.*, 2014). No presente estudo, a adesão ao tratamento por antirretrovirais foi avaliada por meio de entrevistas, utilizando o CEAT-VHI.

Na primeira avaliação, a taxa de adesão adequada foi de 49%, na segunda avaliação, foi de 58,2%, observa-se que não houve uma mudança significativamente estatística de um ano para o outro ($p=0,082$). Esse resultado é inferior a porcentagem de adesão encontrada em estudos internacionais, como por exemplo, na Índia (74%) (ACHAPPA *et al.*, 2013), no sul da Etiópia (74,4%) (ALAGAW *et al.*, 2013) em Quênia (82%) (WAKIBI; NG'ANG'A; MBUGUA, 2011), no Nepal (85,5%) (WASTI *et al.*, 2012) e na África Ocidental (91,8%) (JAQUET *et al.*, 2010).

No Brasil, dados do Ministério da Saúde apontam que a taxa média de não adesão de pode variar de 5,0% a 67,0%, com média de 30,4%, variando de acordo com o tipo de medida, o desenho do estudo e o ponto de corte utilizado (BRASIL, 2010). Com isso, percebe-se uma necessidade de implementações de intervenções na população em estudo a fim de obter uma adesão ideal ao tratamento.

Apesar dos benefícios, muitas PVHA têm dificuldades de adesão, relacionadas não apenas às repercussões clínicas do tratamento, mas pela dificuldade de acesso ao serviço e, conseqüentemente, de acesso aos medicamentos. Em algumas situações, a não adesão pode ser resultado do abandono do paciente pelos familiares, que não demonstram apoio emocional ou dos próprios profissionais de saúde, que expressam atitudes preconceituosas (PARK *et al.*, 2014; SILVA *et al.*, 2014)

Partindo do entendimento de que a adesão é um processo contínuo, profissionais de saúde e outras pessoas que participam do tratamento, como familiares e amigos devem apoiar as pessoas em tratamento a fim de proporcionar uma melhora da adesão aos antirretrovirais (TESHOME *et al.*, 2015). Os prestadores de cuidados de saúde podem utilizar de novas tecnologias móveis, como smartphones, para facilitar a entrega de mensagens de texto para promover a adesão (COOK *et al.*, 2015; FINITSIS; PELLOWSKI; JOHNSON, 2014). As intervenções comportamentais de grupo também pode ser uma estratégia eficaz para promover a adesão dessa população (COOK *et al.*, 2014).

5.3 Associação entre as características sociodemográficas e clínicas das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral

A adesão adequada à TARV contribui para melhoria do sistema imunológico, diminuição da carga viral e conseqüente melhoria da qualidade de vida (MONTANER *et al.*, 2010; SILVA *et al.*, 2014), em virtude disso, diversos estudos têm sido realizados buscando investigar fatores que interferem nessa adesão (SKALSKI *et al.*, 2015; TESHOME *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2015; SILVA *et al.*, 2014), porém por divergências de resultados, ainda há uma lacuna quando ao assunto.

No presente estudo, ao associar a adesão às características sociodemográficas, pode-se perceber que houve uma associação estatisticamente significativa para o sexo, anos de estudo, ter filhos, situação laboral e renda familiar.

No presente estudo, ser do sexo masculino foi característica preditora de adesão adequada à TARV, fato semelhante foi observado por outros autores (SKALSKI *et al.*, 2015; DEGROOTE *et al.*, 2014; MAQUTU *et al.*, 2011). A não adesão em mulheres pode estar relacionada à comorbidades psiquiátricas, falta de apoio dos profissionais médicos, seus papéis como prestadores de cuidados para crianças e parceiros, medo de estigma, falta de

moradia, abuso potencial em relacionamentos com parceiros e efeitos colaterais das medicações (FAGBAMI *et al.*, 2015; TYER-VIOLA *et al.*, 2014; EMERY *et al.*, 2010, SORDO DEL CASTILLO; RUIZ-PEREZ; LIMA, 2010). Intervenções de saúde mental direcionadas para esta população pode aumentar a adesão à medicação (WILLIE *et al.*, 2016).

Pacientes mais jovens apresentam mais chances de não aderir à terapia (SILVA *et al.*, 2015; SKALSKI *et al.*, 2015; CERDÁ *et al.*, 2014). Entretanto, no presente estudo não foi possível observar diferença estatisticamente significativa para a adesão em relação ao grupo etário, nem em relação a cor auto referida. A etnia também não parece ser um determinante significativo de mortalidade em adultos mais velhos que vivem com aids (DAVIS *et al.*, 2013).

Homens sem parceiras fixas e casais heterossexuais são mais propensos a apresentarem diagnóstico tardio, o que pode ocasionar um retardo para iniciar o tratamento (SILVA; OLIVEIRA; SANCHO, 2013; DELPIERRE *et al.*, 2007). No presente estudo, ao investigar a adesão em relação à orientação sexual, percebeu-se que homo/bissexuais apresentam melhor adesão à TARV. A adesão inadequada dos pacientes heterossexuais pode estar relacionada ao atraso para iniciar a medicação, entretanto, faz-se importante realizar pesquisas para investigar a causa da diferença no nível de adesão.

A não adesão à TARV tem sido associada à baixa escolaridade (SILVA *et al.*, 2015; YAYA *et al.*, 2014; BRITO *et al.*, 2006). No presente estudo, encontramos resultados semelhantes. É importante destacar que, pacientes com poucos anos de estudos, devem ter uma atenção diferenciada por parte dos profissionais de saúde, visto que, por ausência de compreensão, pode haver a tomada de doses irregular, ou até mesmo equivocada, configurando em um tratamento sem sucesso (BRASIL, 2013).

Estudo exploratório realizado na África do Sul observou que, os pacientes que vivem com um parceiro exibem melhor adesão à TARV quando comparado aos que habitam sem parceiro (MAQUTU *et al.*, 2011). No entanto, não foi possível obter resultado semelhante no estudo.

Sobre o fato de as pessoas com HIV/aids terem ou não filhos, pesquisa que estudou famílias que tem PVHA, mostrou que a presença de muitos filhos é um fator de risco para a não adesão à TARV (HARRIS *et al.*, 2011), esse fato pode estar relacionado à responsabilidade do cuidar do outro, o que compromete o autocuidado (MERENSTEIN *et al.*,

2009). Embora, exista outra linha que afirma que a responsabilidade pela educação dos filhos, surge como facilitadores da adesão à TARV (BEZABHE *et al.*, 2014), talvez essa relação ainda não esteja bem delineada.

A situação laboral ativa foi relacionada à adequada adesão à TARV, porém em outro estudo há relatos de pacientes sobre a inconveniência de transportar medicamentos para o local de trabalho, ocasionado a não tomada da medicação na hora apropriada (JOSHI *et al.*, 2014).

Pacientes com menor renda familiar apresentaram melhor adesão, indo de encontro ao apresentado por outro autor, que apresentou a baixa renda como uma característica associada a não adesão (SILVA *et al.*, 2009).

Acerca da religião, não houve diferença estatisticamente significativa para à adesão. Porém, independente de qual crença as pessoas com HIV/Aids tenham, estudos mostram que a religião ajuda na adesão à TARV e no enfrentamento da doença (DALMIDA *et al.*, 2013; VYAS *et al.*, 2014).

Estudo transversal realizado em Cuba com pacientes que recebem a terapia antirretroviral, verificou que não houve diferenças significativas entre os pacientes altamente aderentes e menos aderentes em relação ao tempo de diagnóstico, corroborando com a presente investigação (ARAGONÉS *et al.*, 2011). Entretanto, a variável tempo entre o diagnóstico da infecção pelo HIV e o diagnóstico de aids é referida por ter uma fortemente associada adesão. De modo que, as pessoas com um intervalo de tempo superior a seis meses entre os dois diagnósticos apresentaram quase quatro vezes mais chance de não adesão à TARV (SILVA *et al.*, 2015).

No modelo de regressão logístico apresentado no estudo, os pacientes com maior tempo de adesão apresentaram maior chance de não adesão, entretanto a literatura aponta que a não adesão é um problema crítico principalmente durante os seis primeiros meses após o início da terapia do tratamento (SILVA *et al.*, 2015; BRITO *et al.*, 2006).

Em relação ao uso de medicação psiquiátrica, a não adesão é um problema crítico entre os pacientes que têm história de tratamento (BRITO *et al.*, 2006), de forma que o uso de antidepressivos pode ser uma estratégia eficaz para melhorar à aderência aos medicamentos (SKALSKI *et al.*, 2015). Todavia, na presente investigação, não se observou associação entre a medicação psiquiátrica e a adesão.

Embora não tenha sido possível encontrar associação entre a adesão e a carga viral, sabe-se que as concentrações de RNA viral no plasma diminuem significativamente após o início da TAR, de modo que o uso da TARV pode reduzir em o risco de transmissão de HIV (DONNELL *et al.*, 2010).

Não houve associação entre a quantidade de células T CD4+ e a adesão, porém, estudo transversal realizado com 1.016 pacientes com HIV, revelou que os pacientes com uma contagem de Linfócitos T CD4+ entre 350 e 500 células/ml tiveram chances significativamente menores de não adesão em comparação com aqueles com uma contagem de inferior a 200 células/ml (TRAN *et al.*, 2013).

A sorologia do parceiro não se mostrou uma variável importante para a adesão à TARV, contudo, em pesquisa realizada na África, a adesão inadequada tem sido associada a não divulgação do estado sorológico ao parceiro sexual, de forma que PVHA que divulgam o seu estado serológico aos parceiros sexuais, são sete vezes mais propensos a ter uma boa adesão (YAYA *et al.*, 2014).

Não observou associação entre a categoria de exposição e adesão. Resultado semelhante foi encontrado em Curitiba, porém, nessa investigação, percebeu-se que uma minoria dos usuários de drogas injetáveis apresentava um tratamento regular quando comparado aos demais grupos (ROSSI *et al.*, 2012).

5.4 Análise do senso de coerência das pessoas vivendo com HIV/aids

Por meio do QSCA, pode-se avaliar o SOC das pessoas que vivem com HIV/aids. Observou-se que a média e a mediana do senso de coerência nessa população é inferior as medidas encontradas em pacientes cardíacos e profissionais de enfermagem (DANTAS; SILVA; CIOL, 2014; SCHMID; DANTAS, 2011). Baixas medidas de SOC podem interferir na qualidade de PVHA, visto que pacientes com menor SOC avaliar pior a sua qualidade de vida (LANGIUS-EKLÖF; LIDMAN; WREDLING, 2009).

É importante ressaltar a necessidade de estratégias educativas e motivacionais em pessoas com mais fraco SOC, com a finalidade de proporcionar formas específicas e eficazes para lidar com os estressores da vida, principalmente em situações de vivência com o HIV (CEDERFJÄLL *et al.*, 2002).

Em relação à distribuição das frequências das respostas aos itens do QSCA, constatou-se uma predisposição de respostas nos valores extremos da escala de resposta, ou seja, de assinalarem somente o valor sete e/ou o valor um. O autor do instrumento já havia alertado sobre esse problema, sugerindo algumas alternativas para minimizar essa tendência (ANTONOVSKY, 1998).

Ao realizar a pontuação dos componentes compreensão, manejo e significado separadamente, percebeu-se uma *alpha de Cronbach* inferior à 0,70, representando baixa consistência interna para a avaliação dos itens (STEINER; NORMAN, 2003), confirmando o que Antonovsky recomendou, que a avaliação de cada componente da escala não deve ser realizada separadamente (ANTONOVSKY, 1987).

5.5 Associação entre o senso de coerência e as características sociodemográficas e clínicas das vivendo com HIV/aids.

O senso de coerência tem sido relacionado a características sociodemográficas e clínicas. Na presente investigação, ao avaliar a média e a mediana dos escores do QSCA, verificou-se que os homens apresentam melhor pontuação. A pesquisa corrobora com os resultados encontrados por alguns autores (DANTAS; SILVA; CIOL, 2014; AHOLA *et al* 2012; LINDMARK *et al.*, 2010; NILSSON *et al.*, 2010; CEDERFJÄLL *et al.*, 2001), contradizendo o que foi afirmado por Antonovsky (1987), segundo o qual, o SOC não sofre influência da variável sexo.

Pesquisa realizada com adultos na Suécia, verificou que a distribuição dos escores do SOC variou com a idade, de maneira que pacientes jovens tiveram uma pontuação significativamente menor comparação com os idosos (LINDMARK *et al.*, 2010), no presente estudo, essa relação não foi significante.

O SOC vem sendo investigado em diferentes populações, em indivíduos com lesão medular, estudo realizado no Irã, observou que o estado civil era determinante do SOC, de forma que casados tinham pontuação significativamente mais elevada (SHAKERI *et al.*, 2015). Esse resultado não foi encontrado na nossa amostra de pessoas com HIV.

Estudo realizado na República da Lituânia, observou que o SOC é baixo entre os desempregados (STANKŪNAS; KALIEDIENE; STARKUVIENE, 2009). Tal determinação

está em concordância com o resultado da presente investigação, na qual, PVHA com situação laboral ativa possuem melhor SOC.

A renda é importante determinante social que influencia a saúde (BUSS; PELLEGRINI FILHO, 2007). Observou-se que, a renda também apresenta relação com o SOC, de modo que uma maior renda familiar indica maior melhor pontuação no QSCA. Esse mesmo resultado foi visto na população de enfermeiros (LEINO-LOISON *et al.*, 2004). As demais variáveis sociodemográficas vistas no estudo não foram associadas ao senso de coerência, outras pesquisas encontraram desfechos semelhante (BRUSCIA *et al.*, 2008; LEINO-LOISON *et al.*, 2004).

As pessoas com um forte senso de coerência são menos propensas a exibir eventos angustiantes e são capazes de lidar mais eficazmente com os problemas (ENDLER; HAUG; SPRANGER, 2008; FLENSBORG-MADSEN; VENTEGODT; MERRICK, 2006; FLENSBORG-MADSEN; VENTEGODT; MERRICK, 2005). Esses resultados corroboram com os achados da presente investigação, visto que os pacientes em uso de medicações psiquiátricas, apresentaram menores medidas de SOC.

5.6 Associação entre o senso de coerência e a adesão à terapia antirretroviral das pessoas vivendo com HIV/aids e a adesão à terapia antirretroviral.

O SOC é considerado como uma nova abordagem para a avaliação de indivíduos em condições crônicas de saúde. Estudo realizado com idosos, na Noruega, observou uma forte relação do SOC com a capacidade mental, saúde e auto cuidado (SÖDERHAMN *et al.*, 2015). Assim, o QSCA apresenta grande valor clínico para identificar pacientes que necessitam de mais apoio para o sucesso do tratamento (CEDERFJÄLL *et al.*, 2002).

Na Finlândia, pesquisa apontou que um alto SOC pode influenciar o comportamento em relação à aderência de anti-hipertensivos. De modo que, a compressão, o manejo e o significado podem ser determinantes importantes da adesão comportamento para doenças assintomáticas, em que os pacientes muitas vezes não se sentem ou percebem as consequências imediatas por deixarem de tomar alguma dose da medicação (NABI *et al.*, 2008)

Em relação à adesão à TARV, pacientes que apresentam melhores níveis de adesão, possuem valores mais elevados de SOC quando comparados a pacientes que não

apresentam boa adesão (CEDERFJÄLL *et al.*, 2002). Resultado semelhante foi observado na presente pesquisa, de maneira que, quanto maior a pontuação do SOC, maior os escores da CEAT-VIH.

Tendo em vista que o SOC tem efeito moderador sobre a saúde em situações estressantes (ERIKSSON; LINDSTROM, 2007), para que as pessoas possam lidar com os estressores da vida, é essencial que elas sejam capazes de refletir sobre a situação estressante e os recursos que estão disponíveis (SUPER *et al.*, 2015). Um aumento no SOC pode atuar como um fator de proteção (HÖJDAHL *et al.*, 2015), levando a melhorias na saúde em vários níveis, tais como, a auto eficácia, redução do medo e adesão ao tratamento (BENZ; AESCHLIMANN; ANGST, 2015).

6 CONCLUSÃO

Compreender a adesão à TARV e o SOC das pessoas que vivem com HIV/aids atendidas em serviço ambulatorial de um hospital universitário é uma importante ferramenta para a prevenção de resultados negativos à saúde.

Os resultados deste estudo permitiram concluir que a maioria dos entrevistados eram homens jovens (39,5 anos em média), cor parda, heterossexuais, escolarizados, não coabitavam com o parceiro, com filhos, situação laboral ativa, católicos. Quanto às características clínicas, a maioria não fazia uso de medicações psiquiátricas, não havia tido internação por complicações do HIV, o parceiro apresentava sorologia anti-HIV positiva. A categoria de exposição sexual foi predominante. A média da carga viral das PVHA reduziu e a média da contagem de linfócitos T CD4+ aumentou, entre a 1ª e a 2ª avaliação do estudo. No que se refere a adesão à TARV, não houve diferença significativa entre os dois momentos, embora na 1ª avaliação a maioria das pessoas tenham apresentado adesão inadequada e na 2ª, adequada.

A associação entre as características sociodemográficas das PVHA demonstrou-se que o sexo, a orientação sexual, os anos de estudo, a presença de filhos, a situação laboral e a renda estão relacionadas com a adesão. Em relação as variáveis clínicas, quem apresentou menor tempo de uso da TARV, tinha a chance 4,1 vezes maior de possuir adesão adequada à medicação.

A média do escores do QSCA nas PVHA foi inferior ao comparado com outras populações. Percebeu-se que o sexo, a situação laboral, a renda familiar e o uso de medicações psiquiátricas são variáveis que interferem na média dos escores do SOC. Constatou-se também que, pessoas que apresentaram parceiro com sorologia anti-HIV positiva possuem SOC mais alto. No que diz respeito a adesão, observou-se uma relação estatisticamente significativa entre os escores do QSCA e a pontuação da CEAT-VIH, de modo que , a medida que um aumenta, o outro também aumenta.

Apesar de o SOC ser um aspecto importante no enfrentamento da doença, pode-se perceber uma escassez de estudos relacionando o SOC à adesão à terapia medicamentosa. Esses resultados sugerem que SOC pode ser visto como um recurso que os profissionais de saúde podem adotar para contribuir com a promoção da saúde das PVHA. Faz-se necessário avaliação da eficácia de intervenções clínicas destinadas a aumentar a capacidade de enfrentamento nessa população.

REFERÊNCIAS

- ACHAPPA, B.; MADI, D.; BHASKARAN, U.; RAMAPURAM, J. T.; RAO, S.; MAHALINGAM, S. Adherence to Antiretroviral Therapy Among People Living with HIV. **N. Am. J. Med. Sci.**, v. 5, n. 3, p. 220-223, 2013.
- AHOLA, A. J. Sense of coherence, food selection and leisure time physical activity in type 1 diabetes. **Scand. j. public health.**, v. 40, p. 621-628, 2012.
- ANDRÉN, S.; ELMSTÅHL, S. Family caregivers' subjective experiences of satisfaction in dementia care: aspects of burden, subjective health and sense of coherence. **Scand J Caring Sci.**, v. 19, n. 2, p. 157-168, 2005.
- ANDRÉN, S.; ELMSTÅHL, S. The relationship between caregiver burden, caregivers' perceived health and their sense of coherence in caring for elders with dementia. **J Clin Nurs.**, v. 17, n. 6, p. 790-799, 2008.
- ALAGAW, A.; GODANA, W.; TAHA, M.; DEJENE, T. Factors associated with Antiretroviral Treatment Adherence among Adult Patients in Wolaita Soddo Hospital. **J Trop Dis.**, v. 1, p. 1-7, 2013.
- ANTONOVSKY, A. The Sense of Coherence. An historical and future perspective. In: MCCUBBIN H. M.; THOMPSON, E. A., THOMPSON, A. I.; FROMER, J. E. (Ed.). ed. **Stress, Coping, and Health in Families Sense of Coherence and Resiliency. California.: Sage.** p. 3-20, 1998.
- ANTONOVSKY, A. The structure and properties of the sense of coherence scale. **Soc Sci Med.**, v. 36, p.725-33, 1993.
- ANTONOVSKY, A. (1979). **Health, Stress and Coping.** London: Jossey-Bass.
- ANTONOVSKY, A. **Unraveling the Mystery of Health: How People Manage Stress and Stay Well.** San Fransisco: Jossey-Bass Publisher, 1987.
- ARAGONÉS, C.; SÁNCHEZ, L.; CAMPOS, J. R.; PÉREZ, J. Antiretroviral therapy adherence in persons with HIV/AIDS in Cuba. **MEDICC Rev.**, v. 13, n. 2, p. 17-23, 2011.
- ARAÚJO, G. B; SOUZA, D. C.; OLIVEIRA, A. P. S.; SANTOS, B. C. L.; CUNHA, P. A.; MOIA, L. J. M. P. Aspectos clínico-epidemiológicos de pacientes com o vírus da imunodeficiência humana e marcadores sorológicos para o vírus da hepatite B. **Rev. Soc. Bras. Clin. Med.**, v. 11, n. 3, p. 238-241, 2013.
- BALASUNDARAM, A.; SARKAR, S.; HAMIDE, A.; LAKSHMINARAYANAN, S. Socioepidemiologic Profile and Treatment-seeking Behaviour of HIV/AIDS Patients in a Tertiary-care Hospital in South India. **J. health popul. Nutr.**, v. 32, n. 4, p. 587-594, 2014.

BARRETO, J. H. S. Diferenças raciais e a sua relação com a saúde. **Rev. baiana saúde pública.**, v. 28, n. 2, p. 242-258, 2004.

BENZ, T.; AESCHLIMANN, A.; ANGST, F. Salutogenic concepts in the rehabilitation of osteoarthritis. **Z. rheumatol.**, v. 74, n. 7, p. 597-602, 2015.

BERNABÉ, E. *et al.* The influence of sense of coherence on the relationship between childhood socioeconomic status and adult oral health-related behaviours. **Community dent. oral epidemiol.**, v. 37, n. 4, p. 357-367, 2009a.

BERNABÉ, E. *et al.* The relationship among sense of coherence, socio-economic status, and oral health-related behaviours among Finnish dentate adults. **Eur. j. cancer. Part B, Oral oncol.**, v. 117, n.4, p. 413-418, 2009b.

BEZABHE, W. M; CHALMERS, L.; BEREZNICKI, L. R.; PETERSON, G. M.; BIMIREW, M. A.; KASSIE, D. M. Barriers and facilitators of adherence to antiretroviral drug therapy and retention in care among adult HIV-positive patients: a qualitative study from Ethiopia. **PLoS One.**, v. 9, n. 5, 2014.

BING, E. G. *et al.* Psychiatric disorders and drug use among human immunodeficiency virus-infected adults in the United States. **Arch. gen. psychiatr.**, v. 58, p. 721-728, 2001.

BLANK, M. B. *et al.* A randomized trial of a nursing intervention for HIV disease management among persons with serious mental illness. **Psychiatr. ser.**, v. 62, n. 11, p. 1318-1324, 2011.

BONANATO, K. *et al.* Relationship between mother's sense of coherence and oral health status of preschool children. **Caries res.**, v. 43, n.2, p.103-109, 2009.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução n. 466/2012, de 12 de dezembro de 2012: aprova as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.** Brasília, 2012.

_____. **Lei no 9.313, de 13 de novembro de 1996.** Dispõe sobre a distribuição gratuita de medicamentos aos portadores do HIV e doentes de Aids. Diário Oficial da União, 1996.

_____. 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.** Brasília: Ministério da Saúde, 2008.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Adesão ao tratamento antirretroviral no Brasil: coletânea de estudos do Projeto.** Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de DST, Aids e Hepatites Virais. **Boletim Epidemiológico – Aids e DST.** Ano III, nº 01 - 01ª à 26ª semanas epidemiológicas - janeiro a junho de 2014. Brasília: Ministério da Saúde, 2014.

_____. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2013.

BRITO, A. M.; SZWARCOWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. Fatores associados à interrupção de tratamento antirretroviral em adultos com AIDS: Rio Grande do Norte, Brasil, 1999-2002. **Rev. Assoc. Med. Bras.**, v. 52, p. 86-92, 2006.

BRUSCIA, K.; SHULTIS, C.; DENNERY, K., DILEO, C. The Sense of Coherence in Hospitalized Cardiac and Cancer Patients. **J. holist. nurs.**, v. 26, n. 4, p. 286-294, 2008.

BUCHI, S. *et al.* Sense of coherence--a protective factor for depression in rheumatoid arthritis. **J. rheumatol.**, v. 25, n. 5, p. 869-75, 1998.

BUSS, P. M.; PELLEGRINI FILHO, A. A saúde e seus determinantes sociais. **Rev. Saúde Coletiva.**, v. 17, n. 1, p. 77-93, 2007

CECCON, R. F.; MENEGHEL, S. N. HIV e violência contra mulheres: estudo em município com alta prevalência de Aids no Sul do Brasil. **Rev. panam. salud publica**, v. 37, n. 4-5, p. 287-292, 2015 .

CEDERFJÄLL, C.; LANGIUS-EKLOF, A.; LIDMAN, K.; WREDLING, R. Gender differences in perceived health-related quality of life among patients with HIV infection. **AIDS patient care.**, v. 15, n. 1, p. 31-39, 2001.

CEDERFJÄLL, C.; LANGIUS-EKLÖF, A.; LIDMAN, K.; WREDLING, R. Self-reported adherence to antiretroviral treatment and degree of sense of coherence in a group of HIV-infected patients. **AIDS patient care.**, v. 16, n. 12, p. 609-616, 2002.

CERDÁ, J. M. V., CONDE, M.^a T. M.; VERDUGO, R. M.; CORTÉS, M. Y.; GÓMEZ, M. A. C. Adherencia, satisfacción y calidad de vida relacionada con la salud en pacientes infectados por el VIH con tratamiento antirretroviral en España: estudio ARPAS. **Farm. hosp.**, v. 38, n. 4, p. 291-299, 2014.

CHEN L. *et al.* Rates and risk factors associated with the progression of HIV to AIDS among HIV patients from Zhejiang, China between 2008 and 2012. **AIDS Res. Ther**, v. 12, n. 32, 2015.

CHESNEY, M. A. Factors affecting adherence to antiretroviral therapy. **Clin. infect. dis.**, v. 30, suppl. 2, p. 171-176, 2000.

CIESLA, J. A.; ROBERTS, J. E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. **Am. j. psychiatr.**, v. 158, p. 725-30, 2001.

COHEN M. S. *et al.* Prevention of HIV-1 Infection with Early Antiretroviral Therapy. **N. Engl. j. med.**, v. 365, n. 6, p. 493-505, 2011.

COOK, P. F.; CARRINGTON, J. M.; SCHMIEGE, S. J.; STARR, W.; REEDER, B. A counselor in your pocket: feasibility of mobile health tailored messages to support HIV medication adherence. **Patient Prefer Adherence.**, v. 23, n. 9, p. 1353-1366, 2015.

COOK, R. *et al.* Cognitive functioning, depression, and HIV medication adherence in India: a randomized pilot trial. **Health Psychol. Behav. Med.**, v. 2, n. 1, p. 640-652, 2014.

CORLESS, I. B. *et al.* Mediators of antiretroviral adherence: a multisite international study. **AIDS care.**, v. 25, n. 3, p. 364-377, 2013.

COUTINHO, V. M.; HEIMER, M. V. Senso de coerência e adolescência: uma revisão integrativa de literatura. **Ciênc. Saúde Coletiva.**, v. 19, p. 819-827, 2014.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Métodos contraceptivos e de prevenção da transmissão/reinfecção do vírus entre portadores de HIV/aids. **Rev. Rene.**, v. 12, n. 4, p. 699-708, 2011.

DALMIDA, S. G.; KOENIG, H. G.; HOLSTAD, M. M.; WIRANI, M. M. The psychological well-being of people living with HIV/AIDS and the role of religious coping and social support. **Int. j. psychiatry med.**, v. 46, n. 1, p. 57-83, 2013

DANTAS, R. A. S. **Adaptação cultural e validação do questionário de senso de coerência de Antonovsky em uma amostra de pacientes cardíacos brasileiros.** 2007. 116 f. Tese (Livre Docência) – Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, Ribeirão Preto, 2007.

DANTAS, R. A. S.; SILVA, F. S.; CIOL, M. A. Psychometric properties of the Brazilian Portuguese versions of the 29- and 13-item scales of the Antonovsky's Sense of Coherence (SOC-29 and SOC-13) evaluated in Brazilian cardiac patients. **J. clin. nurs.**, v. 23, n. 1-2, p. 156-165, 2014.

DAVIS, D. H. J.; SMITH, R.; BROWN, A.; RICE, B.; YIN, Z.; DELPECH, V. Early diagnosis and treatment of HIV infection: magnitude of benefit on short-term mortality is greatest in older adults. **Age Ageing.**, v. 42, n. 4, p. 520-526, 2013.

DEGROOTE, S.; VOGELAERS, D.; KOECK, R.; BORMS, R.; DE MEULEMEESTER, L.; VANDIJCK, D. HIV disclosure in the workplace. **Acta clin. Belg.**, v. 69, n. 3, p. 191-193, 2014.

DELPIERRE, C. *et al.* Correlates of late HIV diagnosis: implications for testing policy. **Int j. STD AIDS.**, v. 18, n. 5, p. 312-317, 2007.

DIGGLE, P.J., LIANG, K.Y., ZEGER, S.L. (1996). **Analysis of Longitudinal Data.** Oxford Science Publications.

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

EMERY, J.; PICK, N.; MILLS, E. J.; COOPER, C. L. Gender differences in clinical, immunological, and virological outcomes in highly active antiretroviral-treated HIV-HCV coinfecting patients. **Patient Preference and Adherence.**, v. 4, p. 97-103, 2010.

ENDLER, P. C.; HAUG, T. M.; SPRANGER, H. Sense of coherence and physical health. A “Copenhagen interpretation” of Antonovsky’s SOC concept. **ScientificWorldJournal.**, v. 8, p. 451-453, 2008.

ERIKSSON, M.; LINDSTRÖM, B. Antonovsky's sense of coherence scale and its relation with quality of life: a systematic review. **J. epidemiol. community health.**, v. 61, n. 11, p. 938-944, 2007.

ESPÍRITO SANTO, C. C.; GOMES, A. M. T.; OLIVEIRA, D. C. A espiritualidade de pessoas com HIV/AIDS: um estudo de representações sociais. **Referência.**, v. 10, p. 15-24, 2013.

FAGBAMI, O.; OLUWASANJO, A.; FITZPATRICK, C.; FAIRCHILD, R.; SHIN, A.; DONATO, A. Factors supporting and inhibiting adherence to HIV medication regimen in women: a qualitative analysis of patient interviews. **Open AIDS J.**, v. 15, n. 9, p. 45-50, 2015.

FAUSTINO, Q. M.; SEIDL, E. M. F. Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. **Psicol. teor. pesqui.**, v. 26, n. 1, p. 121-130, 2010.

FERREIRA, R. C. M.; FIGUEIREDO, M. A. C.; SOUZA, L. B. Trabalho, HIV/aids: enfrentamento e dificuldades relatadas por mulheres. **Psicol. estud.**, v. 16, n. 2, p. 259-267, 2011

FINITSIS, D. J.; PELLOWSKI, J. A.; JOHNSON, B. T. Text message intervention designs to promote adherence to antiretroviral therapy (ART): a meta-analysis of randomized controlled trials. **PLoS One.**, v. 9, n. 2, 2014.

FIUZA, M. L. T. *et al.* Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions. **Esc. Anna Nery Rev. Enferm.**, v. 17, n. 4, p. 740-748, 2013.

FLENSBORG-MADSEN, T.; VENTEGODT, S.; MERRICK, J. Sense of coherence and physical health. Testing Antonovsky’s theory. **ScientificWorldJournal.**, v. 6, p. 2212-2219, 2006.

FLENSBORG-MADSEN, T.; VENTEGODT, S.; MERRICK, J. Why is Antonovsky’s sense of coherence not correlated to physical health? Analysing Antonovsky’s 29-item Sense of Coherence Scale (SOC-29). **ScientificWorldJournal.**, v. 5, p. 767-776, 2005.

FONSECA, L. C.; MARTINS, F. J.; VIEIRA, R. C. P. A.; PEREIRA, R. M. C.; FERREIRA, A. S.; RAPOSO, N. R. B. Evaluation of inadequate anti-retroviral treatment in patients with HIV/AIDS. **Rev. Soc. Bras. Med. Trop.**, v. 45, n. 2, p. 151-155, 2012.

FREIRE, M. D. M.; SHEIHAM, A.; HARDY, R. Adolescent's sense of coherence, oral health status, and oral health-related behaviours. **Community dent. oral epidemiol.**, v. 29, n.3, p. 204-212, 2001.

GALVÃO, M. T. G.; SOARES, L. L.; PEDROSA, S. C.; FIUZA, M. L. T.; LEMOS, L. A. Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. **Acta paul. enferm.**, v. 28, n. 1, p. 48-53, 2015.

GANT, Z.; LOMOTEY, M.; HALL, H. I.; HU, X.; GUO, X.; SONG, R. A County-Level Examination of the Relationship Between HIV and Social Determinants of Health: 40 States, 2006-2008. **Open AIDS J.**, v. 6, p. 1-7, 2012.

GEYER, S. Some conceptual considerations on the sense of coherence. **Soc. sci. med.**, v. 44, n. 12, p. 1771-1779, 1997.

GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A.S.; TORRATI, F. G. Qualidade de vida relacionada à saúde antes e seis meses após a revascularização do miocárdio. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 30, n. 4, p. 700-707, 2009.

GUIMARÃES, M. M. M.; GRECO, D. B.; RIBEIRO, O. J.; PENILDO, A. M. G.; MACHADO, L. J. C. Distribuição da gordura corporal e perfis lipídico e glicêmico de pacientes infectados pelo HIV. **Arq. bras. endocrinol. metab.**, v. 51, n. 1, p. 42-51, 2007.

HAGHGOO, S. M. *et al.* Epidemiology of HIV/AIDS in the East Azerbaijan Province, Northwest of Iran. **Jundishapur J. Microbiol.**, v. 8, n. 8, 2015.

HARRIS, J. *et al.* Risk factors for medication non-adherence in an HIV infected population in the Dominican Republic. **AIDS behav.**, v. 15, n. 7, p. 1410-1415, 2011.

HIPOLITO, R. L.; OLIVEIRA, D. C.; GOMES, A. M. T.; COSTA, T. L. Representações sociais da qualidade de vida no HIV/AIDS: o papel do tempo de diagnóstico. **Rev. enferm. UERJ.**, v. 22, n. 6, p. 753-759, 2014.

HÖJDAHL, T.; MAGNUS, J. H.; MDALA, I.; HAGEN, R.; LANGELAND, E. Emotional distress and sense of coherence in women completing a motivational program in five countries. A prospective study. **Int. j. prison. health.**, v. 11, n. 3, p. 169-182, 2015.

HONG, S. Y.; NACHEGA, J. B.; KELLEY, K.; BERTAGNOLIO, S. MARCONI, V. C.; JORDAN, M.R. The global status of HIV drug resistance: clinical and public-health approaches for detection, treatment and prevention. **Infect Disord Drug Targets.**, v. 11, n. 2, p. 124-133, 2011.

JAQUET, A. *et al.* Alcohol use and non-adherence to antiretroviral therapy in HIV-infected patients in West Africa. **Addiction.**, v. 105, p. 1416-1421, 2010.

JIANG, H. Determinants of Progression to AIDS and Death Following HIV Diagnosis: A Retrospective Cohort Study in Wuhan, China. **PLoS One.**, v. 8, n. 12, 2013.

JIANG, H. *et al.* Late HIV Diagnosis: Proposed Common Definitions and Associations With Short-Term Mortality. **Medicine (Baltimore)**, v. 94, n. 36, p. 1511, 2015.

JOSHI, B. *et al.* Level of suboptimal adherence to first line antiretroviral treatment & its determinants among HIV positive people in India. **Indian j. med. res.**, v. 140, n. 1, p. 84–95, 2014.

JUNGES, J. R. Vulnerabilidade e Saúde: limites e potencialidades das políticas públicas. In: **Barchifontaine**, CP; Zoboli ELCP, organizadores. Bioética, vulnerabilidade e saúde. Aparecida: Ideias & Letras, Centro Universitário São Camilo; p. 139-157, 2007.

KEE, M. K. *et al.* Anxiety and depressive symptoms among patients infected with human immunodeficiency virus in South Korea. **AIDS Care.**, v. 27, n. 9, p. 1174-1182, 2015.

KHAKHA D. C.; KAPOOR B.; MANJU; SHARMA S. K. Three Sides of a Coin in the Life of People Living with HIV (PLWH). **Indian j. community med.**, v. 40, n. 4, p. 233-238, 2015.

KLANG, B.; BJORVELL, H.; CLYNE, N. Predialysis education helps patients choose dialysis modality and increases disease-specific knowledge. **J. adv. nurs.**, v. 29, n. 4, p. 869-876, 1999.

LAKEW, Y.; BENEDICT, S.; HAILE, D. Social determinants of HIV infection, hotspot areas and subpopulation groups in Ethiopia: evidence from the National Demographic and Health Survey in 2011. **BMJ Open.**, v. 5, n. 11, 2015.

LANGIUS-EKLÖF, A.; LIDMAN, K.; WREDLING, R. Health-related quality of life in relation to sense of coherence in a Swedish group of HIV-infected patients over a two-year follow-up. **AIDS patient care.**, v. 23, n. 1, p. 59-64, 2009.

LANGIUS-EKLÖF, A.; SAMUELSSON, M. Sense of coherence and psychiatric morbidity in terms of anxiety and depression in patients with major depression before and after electric convulsive treatment. **Scand J Caring Sci.**, v. 23, n. 2, p. 375-379, 2009.

LANTZ, P. M. *et al.* Socioeconomic disparities in health change in a longitudinal study of US adults: the role of health-risk behaviors. **Soc. Sci. Med.**, v. 53, p. 29-40, 2001.

LEINO-LOISON, K.; GIEN, L. T.; KATAJISTO, J.; VÄLIMÄKI, M. Sense of coherence among unemployed nurses. **J. adv. nurs.**, v. 48, n. 4, p. 413-422, 2004.

LINDMARK, U.; STENSTRÖM, U.; GERDIN, E. W.; HUGOSON, A. The distribution of “sense of coherence” among Swedish adults: A quantitative cross-sectional population study. **Scand. j. public health.**, v. 38, n. 1, p. 1-8, 2010.

LINN, J. G.; LEWIS, F. M.; CAIN, V. A.; KIMBROUGH, G. A. HIV-illness, social support, sense of coherence, and psychosocial well-being in a sample of help-seeking adults. **AIDS educ. prev.**, v. 5, n. 3, p. 254-262, 1993.

LYIMO, R. A.; DE BRUIN, M.; VAN DEN BOOGAARD, J.; HOSPERS, H. J.; VAN DER VEM, A.; MUSHI, D. Determinants of antiretroviral therapy adherence in northern Tanzania: a comprehensive picture from the patient perspective. **BMC public health**, v. 12, p. 716, 2012.

MANFREDI, R.; SABBATANI S.; CALZA L. Antiretroviral therapy voluntarily taken at half-dosage, but fully effective after 6-10 years: a provocative issue for adherence requirements: case report. **Curr. HIV res.**, v.6, n. 2, p.171 - 172, 2008.

MAQUTU, D.; ZEWOTIR, T.; NORTH, D.; NAIDOO, K; GROBLER, A. Determinants of Optimal Adherence Over Time to Antiretroviral Therapy Amongst HIV Positive Adults in South Africa: A Longitudinal Study. **AIDS behav.**, v. 15, n. 7, p. 1465-1474, 2011.

MARFATIA, Y. S.; SHINOJIA, M. A.; PATEL, D.; PANDYA, I. A profile of human immunodeficiency virus seroconcordant/serodiscordant couples. **Indian J. Sex. Transm. Dis.**, v. 36, n. 1, p. 64-66, 2015.

MELANIE, A. *et al.* Antiretroviral Treatment of Adult HIV Infection 2012 Recommendations of the International Antiviral Society–USA Panel. **JAMA.**, v. 308, n. 4, p. 387-402, 2012.

MERENSTEIN D. *et al.* Association of child care burden and household composition with adherence to highly active antiretroviral therapy in the Women's Interagency HIV Study. **AIDS Patient Care STDS.**, v. 23, p. 289-296, 2009.

MERZEL, C.; VANDEVANTER, N.; IRVINE, M. Adherence to antiretroviral therapy among older children and adolescents with HIV: a qualitative study of psychosocial contexts. **AIDS patient care STDS.**, v. 22, n. 12, p. 977-987, 2008.

MONTANER J. S. *et al.* Association of highly active antiretroviral therapy coverage, population viral load, and yearly new HIV diagnoses in British Columbia, Canada: a population-based study. **Lancet.**, v. 376, n. 9740, p. 532-539, 2010.

MUKOLO, A.; WALLSTON, K. A. The relationship between positive psychological attributes and psychological well-being in persons with HIV/AIDS. **AIDS behav.**, v. 16, n. 8, p. 2374-2381, 2012.

NABI, H. *et al.* Do psychological attributes matter for adherence to antihypertensive medication? The Finnish Public Sector Cohort Study. **J. hypertens.**, v. 26, n. 11, p. 2236-2243, 2008.

NDINDA, C; UZODIKE, U. O.; CHIMBWETE, C.; POOL, R. Gender relations in the context of HIV/AIDS in rural South Africa. **AIDS care.**, v. 19, n. 7, p. 844-849, 2007.

NILSSON, B.; HOLMGREN, L.; WESTMAN, G. Sense of coherence in different stages of health and disease in northern Sweden. **Scand. j. prim. health care.**, v. 18, n. 1, p. 14-20, 2000.

NILSSON, K. W.; LEPPERT, J.; SIMONSSON, B.; STARRIN, B. Sense of coherence and psychological well-being: improvement with age. **J. epidemiol. community health.**, v. 64, p. 347-352, 2010.

NOGUEIRA, I. A. L.; LEÃO, A. B. B.; BUENO, R. R.; SOARES, A. Q.; CARVALHO, R. F. Estudo da dispensação de medicamentos anti-retrovirais a pacientes infectados por HIV no serviço de farmácia do HC-UFG: primeiro passo na implantação da atenção farmacêutica. **Rev. eletrônica farm.**, v. 4, n. 1, p. 104-112, 2007.

NYAMATHI, A. M. Sense of coherence in minority women at risk for HIV infection. **Public health nurs.**, v. 10, n. 3, p. 151-158, 1993.

OLSSON M., GASSNE J., HANSSON K. Do different scales measure the same construct? Three Sense of Coherence scales. **J. epidemiol. community health.**, v. 63, n. 2, p. 166-167, 2009.

PARK Y., SEO M. J.; KIM, S.; PARK S. Y. Experience of treatment adherence in Korean patients with HIV. **J. Korean Acad. Nurs.**, v. 44, n. 4, p. 407-417, 2014.

PEDROSA, N. L. *et al.* The historic data series on AIDS in the state of Ceará, Brazil. **Ciênc. saúde coletiva.**, v. 20, n. 4, p. 1177-1184, 2015.

PHILLIPS N. A. *et al.* Increased HIV Incidence in Men Who Have Sex with Men Despite High Levels of ART-Induced Viral Suppression: Analysis of an Extensively Documented Epidemic. **PLoS ONE.**, v. 8, n. 2, 2013.

POLIT, D. F.; BECK, C. T. **Fundamentos de pesquisa em enfermagem: avaliação de evidências para a prática de enfermagem.** 7 ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

REGO, S. R. M.; OLIVEIRA, C. F. A.; REGO, D. M. S.; SANTOS JÚNIOR, R. F.; SILVA, V. B. Estudo do autorrelato de adesão e uso problemático de álcool em uma população de indivíduos com AIDS em uso de HAART. **J. Bras. Psiquiatr.**, v. 60, n. 1, p. 46-49, 2011.

REMOR, E. **Manual del cuestionario para la evaluación de la adhesión al tratamiento Antirretroviral: CEAT-VIH.** [Manual of the questionnaire to assess adherence to antiretroviral treatment]. Madrid (ESP): Department of Psychobiology and Health, Faculty of Psychology, UAM; 2002.

REMOR, E.; MOSKOVICS, J. M.; PREUSSLER, G. Adaptação brasileira do "Cuestionario para La Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral". **Rev. Saúde Pública.**, v. 4, n. 5, p. 685-694, 2007.

REYES, D. Terminologia Cassificad. **Int J Nurs.**, v. 21, n. 4, p. 177-181, 2010.

RIVERO-MÉNDEZ, M.; SUÁREZ-PÉREZ, E. L.; SOLÍS-BÁEZ, S. S. Measuring Health Literacy among People Living with HIV who attend a Community-Based Ambulatory Clinic in Puerto Rico. **P. R. health sci. j.**, v. 34, n. 1, p. 31-37, 2015.

RODRIGUES, I. L. A.; MONTEIRO, L. L.; PACHECO, R. H. B.; SILVA, S.E.D. Abandono do tratamento de tuberculose em co-infectados TB/HIV. **Rev. Esc. Enferm. USP.**, v. 44, n. 2, p. 383-387, 2010.

ROSSI, S. M. G.; MALUF, E. C. P.; CARVALHO, D. S.; RIBEIRO, C. E. L.; BATTAGLIN, C. R. P. Impacto da terapia antirretroviral conforme diferentes consensos de tratamento da Aids no Brasil. **Rev. panam. salud pública.**, v. 32, n. 2, p. 117-123, 2012.

SANTOS, N. J. S; BARBOSA, R. M.; PINHO, A. A.; VILLELA, W.V.; AIDAR, T.; FILIPE, E.M. Contextos de vulnerabilidade para o HIV entre mulheres brasileiras. **Cad. saúde Pública.**, v. 25, n. 2, p. 321-33, 2009.

SCHMIDT, D. R. C.; DANTAS, R. A. S. Analysis of validity and reliability of the adapted portuguese version of Antonovsky's Sense of Coherence Questionnaire among nursing professionals. **Rev. Latino-Am. Enfermagem.**, v. 19, n. 1, p. 42-49, 2011.

SHAKERI, J. *et al.* Do spinal cord-injured individuals with stronger sense of coherence use different psychological defense styles? **Spinal cord.**, 2015.

SHEN, Y.; LU, H.; WANG, Z.; QI, T.; WANG, J. Analysis of the immunologic status of a newly diagnosed HIV positive population in China. **BMC infect. dis.**, v. 13, 2013.

SHISANA O. *et al.* Does marital status matter in an HIV hyperendemic country? Findings from the 2012 South African National HIV Prevalence, Incidence and Behaviour Survey. **AIDS Care.**, v. 9, n. 1-8, 2015

SILVA, A. C. O; REIS, R. K.; NOGUEIRA, J. A.; GIR, E. Qualidade de vida, características clínicas e adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/AIDS. **Rev. latinoam. enferm.**, v. 22, n. 6, p. 994-1000, 2014.

SILVA, J. A. G.; DOURADO, I.; BRITO, A. M.; SILVA, C.A.L. Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cad. saúde pública.**, v. 31, n. 6, p. 1188-1198, 2015.

SILVA, M. C. F. *et al.* Risk-factors for non-adherence to antiretroviral therapy. **Rev. Inst. Med. Trop.**, v. 51, n. 3, p. 135-139, 2009.

SILVA, N. E. K.; OLIVEIRA, L. A. O.; SANCHO, L. G. Testagem anti-HIV: indagações sobre a expansão da oferta sob a perspectiva do acesso e da construção da demanda. **Saúde em Debate.**, v. 37, n. 99, p. 636-645, 2013.

SINGH, M. R.; CHONGTHAM, S.; SINGH, T. B. A Study on clinical profile of HIV and ADIS patients and find its correlation with CD4+ and CD8+ T lymphocyte levels. **J. evol. med. dent. sci.** , v. 4, n. 74, p. 12884-12893, 2015.

SKALSKI, L. M.; WATT, M. H.; MACFARLANE, J. C.; PROESCHOLD-BELL, R. J.; STOUT, J. E.; SIKKEMA, K. J. Mental Health and Substance Use Among Patients in a North Carolina HIV Clinic. **N. C. med. j.**, v. 76, n. 3, p. 148-155, 2015.

SÖDERHAMN, U.; SUNDSLI, K.; CLIFFORDSON, C.; DALE, B. Psychometric properties of Antonovsky's 29-item Sense of Coherence scale in research on older home-dwelling Norwegians. **Scand. j. public health.**, v. 43, p. 867-874, 2015.

SORDO DEL CASTILLO, L.; RUIZ-PEREZ, I.; LIMA, A. O. L. Biological, psychosocial, therapeutic and quality of life inequalities between HIV-positive men and women: A review from a gender perspective. **AIDS rev.**, v. 10, p. 113-120, 2010.

SOUSA FILHO, M. P. S; LUNA, I.T.; SILVA, K. L.; PINHEIRO, P. N. C. Pacientes vivendo com HIV/AIDS e coinfeção tuberculose: dificuldades associadas à adesão ou ao abandono do tratamento. **Rev. gaúch. enferm.**, v. 32, n. 2, p. 139-45, 2012.

SOUZA, M. N.; PAULA, C. S.; MIGUEL, M. D.; ZANETTI, V. C.; MIGUEL, O. G.; ZANIN, S. M. W. Acompanhamento farmacoterapêutico a pacientes usuários de enfuvirtida. **Rev. ciênc. farm. básica apl.**, v. 31, n. 3, p 235-239, 2010.

STANKŪNAS, M.; KALEDIENE, R.; STARKUVIENE, S. Sense of coherence and its associations with psychosocial health: results of survey of the unemployed in Kaunas. **Medicina (Kaunas)**., v. 45, n. 10, p. 807-813, 2009.

STEINER, D. L.; NORMAN, G. R. Health measurement scales. 3rd ed. Oxford: Oxford University Press, 2003.

SUPER, S.; WAGEMAKERS, M. A.; PICALET, H. S.; VERKOOIJEN, K. T.; KOELEN, M. A. Strengthening sense of coherence: opportunities for theory building in health promotion. **Health promot. internation.**, v. 23, 2015.

TANG H. *et al.* Baseline CD4 Cell Counts of Newly Diagnosed HIV Cases in China: 2006–2012. **PLoS ONE.**, v. 9, n. 6, 2014.

TESHOME W. *et al.* Who takes the medicine? Adherence to antiretroviral therapy in Southern Ethiopia. **Patient Prefer Adherence.**, v. 29, n. 9, p. 1531-1537, 2015.

TORRATI, F. G.; GOIS, C. F. L.; DANTAS, R. A. S. Estratégia no cuidado ao paciente cardíaco cirúrgico: avaliação do senso de coerência. **Rev. Esc. Enferm. USP**, v. 33, n. 3, p. 739-744, 2010.

TRAN, B. X.; NGUYEN, L. T.; NGUYEN, N. H.; HOANG, Q. V.; HWANG, J. Determinants of antiretroviral treatment adherence among HIV/AIDS patients: a multisite study. **Glob Health Action.**, v. 6, 2013.

TUFANO, C. S. *et al.* 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, p. 179-186, 2015.

TYER-VIOLA, L. A.; CORLESS, I. B.; WEBEL, A.; REID, P.; SULLIVAN, K. M.; NICHOLS, P. Predictors of medication adherence among HIV-positive women in North America. **J. obstet. gynecol. neonatal nurs.**, v. 43, n. 2, p. 168-178, 2014.

VYAS, K. J.; LIMNEOS, J.; QIN, H.; MATHEWS, W. C. Assessing baseline religious practices and beliefs to predict adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. **AIDS Care.**, v. 26, n. 8, p. 983-987, 2014.

WAKIBI S. N.; NG'ANG'A, Z. W.; MBUGUA, G. G. Factors associated with non-adherence to highly active antiretroviral therapy in Nairobi, Kenya. **AIDS Res. Ther.**, v. 8, n. 43, 2011.

WASTI, S. P.; SIMKHADA, P.; RANDALL, J.; FREEMAN, J. V.; VAN TEIJLINGEN E. Factors influencing adherence to antiretroviral treatment in Nepal: A mixed-methods study. **PLoS One.**, v. 7, 2012.

WILLIE, T. C.; OVERSTREET, N. M.; SULLIVAN, T. P.; SIKKEMA, K. J.; HANSEN, N. B. Barriers to HIV medication adherence: examining distinct anxiety and depression symptoms among women living with HIV who experienced childhood sexual abuse. **Behav. med.**, v. 42, n. 2, p. 120-127, 2016.

YAYA, I. *et al.* Predictors of adherence to antiretroviral therapy among people living with HIV and AIDS at the regional hospital of Sokodé, Togo. **BMC public health.**, v. 14, n. 1, 2014.

APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE ESCLARECIDO

Prezado(a) Senhor(a). Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa intitulado **AVALIAÇÃO DE PARÂMETROS DE SAÚDE E SOCIAIS DE PORTADORES DO HIV EM SEGUIMENTO AMBULATORIAL**, que tem como objetivo geral desenvolver atendimento aos clientes a confirmação do diagnóstico de HIV/aids. Durante o atendimento iremos perguntar diversos dados sobre sua identificação e sobre o seu acompanhamento de saúde, além de avaliar alguns parâmetros de saúde mediante uso de instrumentos específicos, também chamados de escalas, como a de qualidade de vida, a de religiosidade e a de adesão aos antirretrovirais. Esse processo demorará aproximadamente 40 minutos e não lhe trará riscos ou prejuízos para sua saúde. A sua participação será espontânea. Caso aceite, mas em algum momento quiser desistir, terá a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento, sem prejuízo para seu tratamento na instituição. Também esclarecemos que as informações obtidas serão analisadas em conjunto com outros pacientes, não sendo divulgada a identidade de ninguém.

Informo que o Sr(a) tem a garantia de acesso, em qualquer etapa do estudo. A qualquer momento poderemos esclarecer eventuais dúvidas. Caso necessite você poderá ter acesso ao responsável pela pesquisa para esclarecimento de eventuais dúvidas. Informo que o principal investigador é Maria Luciana Teles Fiuza. Ela poderá ser encontrada no endereço: Rua Alexandre Baraúna, 1115 Rodolfo Teófilo Fortaleza-CE CEP: 60430-160. Ela atende nos telefones: (85) 3366 8455 Fax: (85) 3366 8451.

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato com o Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUWC. Este comitê fica na Rua Capitão Francisco Pedro 1290, Rodolfo Teófilo; fone: 3366-8589, e-mail: cephuwc@huwc.ufc.br.

Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo, incluindo exames e consultas. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação.

Como pesquisador, me comprometo a utilizar os dados coletados somente para pesquisa e os resultados serão veiculados através de artigos científicos em revistas especializadas e/ou em encontros científicos e congressos.

Caso você se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, _____ de _____ de 20____

Assinatura do paciente

Assinatura da testemunha. Para casos de pacientes analfabetos, semi-analfabetos ou portadores de deficiência auditiva ou visual.

Assinatura do responsável pelo estudo

ANEXO A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E CLÍNICA PARA PESSOAS COM HIV/AIDS

Nome: _____ Pront: _____

Endereço: _____

Telefone para contato: _____ Pessoa para contato: _____ Telefone da Pessoa: _____

1) Data da entrevista: (DD/MM/AA)			DEN ___/___/___
2) Data de Nascimento: (DD/MM/AAAA)			DN ___/___/___
3) Sexo: 1()M, 2()F			SEX _____
4) Cor (autoinformada): 1() Branca, 2() Preta, 3() Amarela, 4() Parda, 5() Indígena			RAC _____
5) Escolaridade em anos: _____ (Zero se não estudou)			ESC _____
6) Estado Civil: 1() Solteiro, 2() Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado, 3() Divorciado/Separado, 4() Viúvo.			ECI _____
7) Qual sua categoria de exposição? 1() Sexual, 2() Transmissão Vertical, 3() Sanguínea/transusão, 4() Sanguínea/UDE, 5() Acidente perf/cort 6() Outro			CTE _____
8) Qual sua orientação sexual?: 1() Heterossexual 2() Homossexual 3() Bissexual			OSE _____
9) Mora com parceiro? 1() Sim / 0() Não			MCP _____
10) Qual a sorologia anti-HIV atual do seu parceiro? 1() Positiva, 2() Negativa, 3() Não sabe/Não fez ,4.() Sem parceiro			SRP _____
11) Número de filhos? _____ (0=Nenhum)			FIL _____
12) Qual é a sua religião? 1() Católica, 2() Evangélica, 3() Espírita, 4() Outra, 5() Sem Religião			REL _____
13) Situação Ocupacional: 1() Empregado, 2() Desempregado, 3() Aposentado, 4() Afastado			OCU _____
14) Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: _____			NPD _____
15) Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____			RMF _____
16) Tempo de Diagnóstico HIV Positivo?			DHV _____
16.1) Doenças Prévias: Tuberculose ≤ 1ano() ≥ 2 anos() Pneumocistose ≤ 1 ano() ≥ 2 anos() Neurotoxoplasmose ≤ 1ano() ≥ 2anos() Histoplasmose ≤ 1ano() ≥ 2 anos () Outros ≤ 1ano() ≥ 2anos()			
17) Em uso de TARV há quantos meses? (0=Não usa TARV)			TRV _____
18) Qual o n° de comprimidos que você toma (TARV)? _____			CMP _____
19) Qual a posologia (frequência da dose)? _____			POS _____
20) Número de internações por complicações do HIV? (0=Nenhuma)			NIH _____
21) Número de internações psiquiátricas nos últimos 12 meses? (0=Nenhuma)			NIP _____
22) Em uso atual de medicação psiquiátrica: 1() Sim, 2() Não			PSI _____
23) Meses em uso de Antidepressivo _____ (0=Não utiliza)			PAD _____
24) Meses em uso de Estabilizador de Humor _____ (0=Não utiliza)			PEH _____
25) Meses em uso de Antipsicótico _____ (0=Não utiliza)			PAP _____
26) Meses em uso de Benzodiazepínico _____ (0=Não utiliza)			PBZ _____
Dados do Prontuário			
27) Medicamentos em uso - Marque um x no que usa atualmente:			
1() Abacavir	7() Zidovudina	13() Indinavir	MED _____
2() Biovir	8() Efavirez	14() Leopinavir	_____
3() Didanosina	9() Nevirapina	15() Ritonavir	Digitar
4() Estavudina	10() Fusampernavir	16() Saquinavir	Utilizando “;”
5() Lamivudina	11() Atazanavir	17() Raltegravir	para separar
6() Tenofovir	12() Darunavir	18() Enfuvirtida	Ex. 1;2;3;...
28) CD4 _____			CD4 _____
29) CD4% _____			CDP _____
30) CD4 Data (DD/MM/AA)			CDD ___/___/___
31) CARGA VIRAL _____			CAV _____
32) Carga Viral Log _____			LCV _____
33) Carga Viral Data (DD/MM/AA)			CVD ___/___/___
34) Tipo de Tb: 1() Pulmonar, 2() Extra-Pulmonar, 3() Pulmonar + Extra-Pulmonar			TTB _____
35) Data de Início dos Antituberculostáticos: ___/___/___			DIA ___/___/___
36) Qual e o n° de comprimidos que você toma (Tb): _____			CMPTB _____
37) Qual a posologia (frequência da dose): _____			POSTB _____
38) PPD: () 1() Reator, 2() Não Reator			PPD _____
39) Pesquisa de BAAR: 1ª amostra (), 2ª amostra (), 1 Positiva 2 Negativa 3 Não Realizada			BAAR _____
40) Raio X do Tórax: () 1 Sugestivo 2 Normal 3 Não Realizado			RX _____

ANEXO B - QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH)

Instruções: Gostaríamos de conhecer alguns aspectos sobre a sua situação atual e sobre seu tratamento. A informação que você proporcione será estritamente confidencial. Por favor, responda a todas as perguntas pessoalmente. Marque a opção que melhor se adequar ao seu caso e lembre-se de que não há respostas “certas” ou “erradas”.

	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?					
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?					
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?					
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?					
5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? (escrever os nomes)					
	Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
6. Como é a relação que mantém com o seu médico?					
	Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito
7. Quanto esforço você faz para seguir (cumprir) com o seu tratamento?					
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?					
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?					
10. Considera que					

sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?					
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?					
	Nunca	Sim, algumas vezes	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre
12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?					
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?					
	Muito satisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?					
	Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?					
	Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?					
	Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
17. Que avaliação tem de si mesmo					

com relação a toma dos remédios para o HIV?					
	Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?					
19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? () SIM - Quantos dias aproximadamente? _____ () NÃO					
20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? () SIM Qual ? _____ () NÃO					

**ANEXO C –VERSÃO EM PORTUGUÊS DAS INSTRUÇÕES PARA A
CODIFICAÇÃO DAS RESPOSTAS DO QUESTIONÁRIO DE AVALIAÇÃO DA
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL (CEAT-VIH)**

Itens	Opções de respostas e pontos correspondentes
1, 2, 3 e 4	Sempre = 1 ponto Mais da metade das vezes = 2 pontos Aproximadamente a metade das vezes = 3 pontos Alguma vez = 4 pontos Nenhuma vez = 5 pontos
5	Não recordo nenhuma = 0 pontos Recorda metade = 1 ponto Recorda todos = 2 pontos Para marcar essas respostas devem ser verificadas no prontuário do paciente, se as respostas estavam corretas.
6	Ruim = 1 ponto Um pouco ruim = 2 pontos Regular = 3 pontos Pode melhorar = 4 pontos Boa = 5 pontos
7	Nada = 5 pontos Pouco = 4 pontos Regular = 3 pontos Bastante = 2 pontos Muito = 1 ponto
8,9,10 y 11	Nada = 1 pontos Pouco = 2 pontos Regular = 3 pontos Bastante = 4 pontos Muito = 5 pontos
12 y 13	Não, nunca = 1 ponto Sim, algumas vez = 2 pontos Sim, aproximadamente a metade das vezes = 3 pontos Sim, bastantes vezes = 4 pontos Sim, sempre = 5 pontos
14	Muito insatisfeito = 1 ponto Insatisfeito = 2 pontos Indiferente = 3 pontos Satisfeito = 4 pontos Muito satisfeito = 5 pontos
15	Muito intensos = 1 ponto Intensos = 2 pontos Medianamente intensos = 3 pontos Pouco intensos = 4 pontos Nada intensos = 5 pontos
16	Muito tempo = 1 ponto Bastante tempo = 2 pontos Regular = 3 pontos

- 17 Pouco tempo = 4 pontos
Nada de tempo = 5 pontos
Nada cumpridor = 1 ponto
Pouco cumpridor = 2 pontos
Regular = 3 pontos
Bastante = 4 pontos
- 18 Muito cumpridor = 5 pontos
Muita dificuldade = 1 ponto
Bastante dificuldade = 2 pontos
Regular = 3 pontos
Pouca dificuldade = 4 pontos
Nada de dificuldade = 5 pontos
- 19 Sim = 0 ponto
Não = 1 pontos
Se o examinando responde que sim, existe a opção de dizer o número de dias de omissão da tomada, esta resposta é qualitativa e pode ser útil para a intervenção clínica, no entanto você não deve contar para a pontuação do questionário.
- 20 Sim = 1 ponto
Não = 0 pontos
Se o examinado responde que sim, existe a opção de dizer qual estratégia tem sido usada, esta resposta é qualitativa e pode ser útil para a intervenção clínica, no entanto você não deve contar para a pontuação do questionário.

ANEXO D - QUESTIONÁRIO DE SENSO DE COERÊNCIA DE ANTONOVSKY (QSCA)

Aqui está uma série de questões relacionadas a vários aspectos de nossas vidas. Cada questão tem sete respostas possíveis. Por favor, marque o número que expressa sua resposta, com números de 1 a 7. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 1, circule o número 1. Se você estiver de acordo com as palavras abaixo do número 7, circule o número 7. Se sua resposta for diferente, circule o número que melhor expressa seus sentimentos. Por favor, marque só uma resposta para cada questão.

Pergunta	Par de Respostas	Gabarito
1. Quando você conversa com outras pessoas tem a sensação de que elas não te entendem?	Nunca tenho essa sensação(1) X Sempre tenho essa sensação(7)	ANT1 _____
2. Quando você precisou fazer algo que dependia da colaboração de outros, você teve a sensação de que	Com certeza não seria feito(1) X Com certeza seria feito(7)	ANT2 _____
3. Pense nas pessoas com quem você tem contato diariamente e das quais não se sente muito próximo, pois não são seus familiares e amigos íntimos. Como você acha que conhece a maioria dessas pessoas?	Você sente que não as conhece(1) X Você as conhece muito bem(7)	ANT3 _____
4. Com que frequência você tem a sensação de que não se importa com o que está acontecendo ao seu redor:	Raramente ou nunca(1) X Com muita frequência(7)	ANT4 _____
5. Alguma vez já aconteceu de você se surpreender com o comportamento de pessoas que você achava que conhecia bem?	Nunca aconteceu(1) X Sempre aconteceu(7)	ANT5 _____
6. Já aconteceu das pessoas com quem você contava te decepcionarem?	Nunca aconteceu(1) X Sempre aconteceu(7)	ANT6 _____
7. A vida é:	Muito interessante (1) X Muito rotineira(7)	ANT7 _____
8. Até agora, sua vida tem sido:	Sem qualquer objetivo ou finalidade(1) X Com finalidade e objetivos claros(7)	ANT8 _____
9. Com que frequência você tem a sensação de que está sendo tratado injustamente?	Com muita frequência(1) X Raramente ou nunca(7)	ANT9 _____
10. Nos últimos dez anos sua vida tem sido:	Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida(1) X Completamente previsível (esperada)(7)	ANT10 _____

11. A maior parte das coisas que você fará no futuro provavelmente será:	Completamente fascinante(1) X Extremamente chata(7)	ANT11 _____
12. Com que frequência você tem a sensação de que está numa situação desconhecida e não sabe o que fazer?	Com muita frequência(1) X Raramente ou nunca(7)	ANT12 _____
13. Como você vê a vida?	Sempre se pode achar uma solução para os sofrimentos da vida(1) X Não há solução para os sofrimentos da vida(7)	ANT13 _____
14. Quando você pensa na sua vida, frequentemente você:	Sente o quanto é bom estar vivo(1) X Pergunta a si mesmo por que você existe(7)	ANT14 _____
15. Quando você enfrenta um problema difícil, a escolha de uma solução é:	Sempre confusa e difícil de encontrar(1) X Sempre completamente clara e fácil de encontrar(7)	ANT15 _____
16. Fazer as coisas que você faz todos os dias é:	Uma grande fonte de prazer e satisfação(1) X Uma fonte de sofrimento e chatice(7)	ANT16 _____
17. Sua vida no futuro provavelmente será:	Cheia de mudanças sem que você soubesse o que iria acontecer em seguida(1) X Completamente previsível (esperada)(7)	ANT17 _____
18. Quando algo desagradável aconteceu, sua tendência foi:	Fica “se remoendo de raiva” sobre o acontecido(1) X Dizer “está tudo bem, tenho que viver com isso” e seguir em frente(7)	ANT18 _____
19. Com que frequência você tem sentimentos e idéias bastante confusas?	Com muita frequência(1) X Raramente ou nunca(7)	ANT19 _____
20. Quando você faz algo que lhe dá uma sensação boa, o que você sente:	Com certeza você continuará sentindo-se bem(1) X Com certeza algo acontecerá para estragar essa sensação(7)	ANT20 _____
21. Com que frequência acontece de você ter sentimentos que você preferiria não sentir?	Com muita frequência(1) X Raramente ou nunca(7)	ANT21 _____
22. Você acha que sua vida pessoal no futuro será:	Totalmente sem significado e finalidade(1) X Cheia de significado e finalidade(7)	ANT22 _____

23. Você acha que sempre existirão pessoas com quem você poderá contar no futuro?	<p>Você está certo de que essas pessoas existirão(1) X Você duvida que essas pessoas existirão(7)</p>	<p>ANT23 _____</p>
24. Com que frequência você tem a sensação de que não sabe exatamente o que está para acontecer?	<p>Com muita frequência(1) X Raramente ou nunca(7)</p>	<p>ANT24 _____</p>
25. Muitas pessoas - mesmo aquelas muito fortes - algumas vezes se sentem como fracassadas em certas situações. Com que frequência você já se sentiu dessa maneira?	<p>Nunca(1) X Com muita frequência(7)</p>	<p>ANT25 _____</p>
26. Quando alguma coisa acontece a você, em geral você acha que:	<p>Você deu muita ou pouca importância para o que aconteceu(1) X Você viu as coisas na medida certa(7)</p>	<p>ANT26 _____</p>
27. Quando você pensa nas dificuldades que provavelmente terá que enfrentar em aspectos importantes de sua vida, você tem a sensação de que:	<p>Sempre terá sucesso em superar as dificuldades(1) X Não terá sucesso em superar as dificuldades(7)</p>	<p>ANT27 _____</p>
28. Com que frequência você tem a sensação de que há pouco significado nas coisas que faz na sua vida diária?	<p>Com muita frequência(1) X Raramente ou nunca(7)</p>	<p>ANT28 _____</p>
29. Com que frequência você tem a sensação de que você não consegue manter seu auto-controle?	<p>Com muita frequência(1) X Raramente ou nunca(7)</p>	<p>ANT29 _____</p>

ANEXO E - APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

HUWC/UFC
Comitê de Ética em Pesquisa
Cód. CEP-040.06.12



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
HOSPITAL UNIVERSITÁRIO WALTER CANTÍDIO
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA
Rua Capitão Francisco Pedro, 1290 – Rodolfo Teófilo – 60.430-370 – Fortaleza-CE
FONE: (85) 3366-8589 / 3366.8613 E-MAIL: cephuwc@huwc.ufc.br

Protocolo nº: 040.06.12

Pesquisador(a) Responsável: Marli Teresinha Gimeniz Galvão

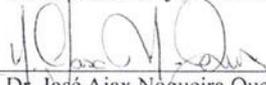
Departamento / Serviço: Ambulatório. de Infectologia/HUWC

Título do Projeto: “Avaliação de parâmetros de saúde e sociais de portadores do HIV em seguimento ambulatorial.”

O Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Walter Cantídio analisou o projeto de pesquisa supracitado e, em tendo sido atendidas as pendências, baseando-se nas normas que regulamentam a pesquisa em seres humanos, do Conselho Nacional de Saúde (Resoluções CNS 196/96, 251/97, 292/99, 303/00, 304/00, 347/05, 346/05), resolveu classificá-lo como: **APROVADO**.

Salientamos a necessidade de apresentação de relatório ao CEP-HUWC da pesquisa dentro de 12 meses (data prevista: 30/07/2013).

Fortaleza, 30 de julho de 2012.



Dr. José Ajax Nogueira Queiroz
Coordenador Adjunto do CEP - HUWC