

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**OS FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS À ADESÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE
NO TRATAMENTO PARA O HIV/AIDS**

Dissertação de Mestrado

Aluna: Karin de Mello Ribeiro

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Augusto Remor

Porto Alegre

2021

UNIVERSIDADE FEDERAL DO RIO GRANDE DO SUL
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA

**OS FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS À ADESÃO AOS CUIDADOS DE
SAÚDE NO TRATAMENTO PARA O HIV/AIDS**

Dissertação de mestrado apresentada
como exigência para obtenção do grau de
Mestre em Psicologia, sob orientação do
Prof. Dr. Eduardo Augusto Remor

Karin de Mello Ribeiro

Porto Alegre

2021

AGRADECIMENTOS

A realização de um Mestrado é um intervalo de tempo na vida da gente que se reflete em todas as relações que estabelecemos. Interfere na nossa vida familiar, afetando a rotina de convivência com filhos, parceiro, pais, de forma diária. Interfere nas nossas relações de trabalho, pois nossos colegas acompanham todo o processo e, além de compreenderem que as ausências são para uma melhor atuação posterior, passam a torcer para que o esforço acabe. Interfere nas relações sociais com amigos, pois somos levados a escolher abrir mão desse convívio para realizar a tarefa que nos propomos.

O Mestrado tem uma previsão de dois anos intensos com muitas aprendizagens e crescimento. Entretanto, essa vivência concomitante com uma pandemia, estende esse prazo e traz a sensação de que muito, muito mais tempo foi passado. Sofremos transformações que impactam nossa vida profissional e todos os diferentes papéis que desempenhamos na vida. Nesses papéis nos deparamos com diversas pessoas que contribuem, estimulam, apoiam, encorajam, ensinam e dão a mão para chegar ao fim. Deixo aqui o meu profundo agradecimento a todas estas pessoas.

Aos meus filhos, Ana Luíza e Davi, pela paciência de entenderem as ausências e estresses vividos, pelo apoio e estímulo dados.

À minha família de origem, que sempre valorizou o estudo e me auxiliou para chegar até aqui.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Eduardo Remor, pelas orientações, diretrizes e compartilhamento de seu saber.

A todos os meus colegas de trabalho, em especial Andréia, Elizandra e Josiane, por terem me amparado ao longo desse período.

À minha chefia, Dra. Leticia Ikeda que sempre estimula a caminhada na busca do saber.

Às minhas amigas e amigos que entenderam as ausências dos eventos (poucos pela pandemia), mas deram força para terminar.

Àqueles que se foram neste período, mas sei que onde quer que estejam, estão vibrando por essa conquista.

Àqueles que chegaram nessa caminhada e compreenderam a importância desse momento.

Aos pacientes do ambulatório especializado que participaram do estudo.

E por fim, a Deus, Universo ou outro nome que se queira dar, que sem isso todas as demais coisas não se encaixariam nessa perfeição.

SUMÁRIO

RESUMO.....	6
ABSTRACT.....	7
Lista de figuras do Capítulo I.....	8
Lista de tabelas do Capítulo II.....	9
LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS.....	10
CAPÍTULO I — INTRODUÇÃO TEÓRICA.....	11
A Infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e a AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida).....	11
A AIDS no Brasil.....	14
A Infecção pelo HIV e AIDS no Rio Grande do Sul e Viamão.....	19
O HIV e a AIDS.....	20
Tratamento Farmacológico para o Controle da Infecção pelo HIV e AIDS.....	22
Aspectos Psicológicos Relacionados com a Infecção pelo HIV/AIDS.....	24
Fatores Psicossociais de Proteção e de Risco Associados à Adesão ao Tratamento do HIV/AIDS.....	27
Vinculação, Retenção e Adesão ao Tratamento: uma Classificação chave na Atenção Integral à Infecção pelo HIV/AIDS.....	36
CONSIDERAÇÕES FINAIS.....	40
CAPÍTULO II — RASTREIO DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO EM PESSOAS COM INFECÇÃO PELO HIV ASSOCIADOS À ADESÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE E AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO.....	42
MÉTODO.....	47
Contextualização do Estudo e Delineamento.....	47
Tradução e adaptação do Instrumento SCREENPHIV para a Presente Pesquisa.....	48
Screenphiv (Screening measure for psychological issues related HIV infection).....	49
World Health Organization-Five Well-Being Index – WHO-5.....	50
Visual Analogue Scale (VAS) – Medication Adherence / Escala Visual Analógica (EVA) – Adesão à Medicação.....	51
Dados sociodemográficos e clínicos.....	52
Procedimentos.....	52
Plano de análise e técnicas estatísticas empregadas.....	53
RESULTADOS.....	54

Descrição da Amostra.....	54
Descrição das Informações Coletadas com os Instrumentos de avaliação.....	56
Adesão à Medicação Antirretroviral.....	56
Bem-Estar Subjetivo.....	56
Fatores Psicossociais Protetivos e de Risco Relacionados ao Bem-Estar e Qualidade de Vida de Pessoas com HIV.....	57
Abandono do tratamento para o HIV e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos ARV e bem-estar subjetivo.....	59
Situação de controle da doença (Carga Viral) e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos e bem-estar subjetivo.....	60
Associação dos fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos, e bem-estar subjetivo com a idade e tempo de diagnóstico.....	62
Evidência de Validade I (Screenphiv): correlações com critérios externos relevantes.....	64
Evidências de Validade II (Screenphiv): Capacidade preditiva dos fatores de risco e proteção psicológicos relacionados ao HIV na explicação do bem-estar subjetivo.....	66
Classificação aos grupos vinculados/retidos versus aderidos a partir dos escores do Screenphiv.....	68
DISCUSSÃO.....	73
CONCLUSÕES.....	79
CAPÍTULO III — IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E CONSIDERAÇÕES FINAIS....	81
REFERÊNCIAS.....	84
ANEXOS.....	91
ANEXO A — Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa.....	91
ANEXO B — Instrumento Screenphiv (original).....	95
ANEXO C — Instrumento Screenphiv (traduzido).....	101
ANEXO D — Escala WHO-5.....	107
ANEXO E — Escala VAS- Adesão.....	108
ANEXO F — Questionário sociodemográfico.....	109
ANEXO G – Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	111

RESUMO

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) é uma doença de curso longo e crônico e, por isso, complexa em seu tratamento. Além do acompanhamento médico é importante o conhecimento das questões psicossociais envolvidas nesse processo de cuidado de saúde. Os fatores psicossociais tanto podem auxiliar quanto dificultar o engajamento e adesão ao tratamento, para um cuidado de saúde adequado. Para identificar as possíveis diferenças de perfis associados às características psicossociais de proteção e de risco para uma boa adesão, o presente estudo procedeu com a adaptação do instrumento Screenphiv. Através dos escores obtidos, buscou-se identificar as possíveis características capazes de classificar os participantes em grupo de vinculados/retidos versus aderidos com supressão viral. O estudo empírico transversal contou com a participação de 200 pessoas vivendo com HIV, com idades entre 18 e 83 anos, com tempo médio de tratamento de 10,7 anos, com uso de antirretroviral em 97,9% da amostra, porém 82,4% com carga viral indetectável. Através da técnica de análise discriminante entre os escores do Screenphiv e a variável composite (uso de antirretroviral e carga viral indetectável), separou-se a amostra em grupos de classificação vinculados/retidos e grupo de aderidos. Identificou-se que os fatores protetivos F2- Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo e F4- Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social e o fator de risco F1- Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV estabelecem grande impacto na separação dos grupos. Os resultados apontaram que o Screenphiv foi capaz de distinguir e classificar corretamente, aproximadamente 83% da amostra do estudo, nos dois grupos. Verificou-se que o instrumento é uma boa ferramenta a ser utilizada para compor a avaliação e classificação dos pacientes nos grupos, podendo ser considerado como um instrumento útil para avaliar preventivamente a capacidade de autocuidado e adesão dos pacientes que se tratam para o HIV.

Palavras chave: HIV, adesão, fatores psicossociais, fatores proteção, fatores de risco

ABSTRACT

The Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS) is a chronic disease of long course and, because of that, it can be very complex in its treatment. In addition to medical monitoring, it's important to have the knowledge about the psychosocial issues involved in the process of healthcare. The psychosocial factors can assist in a good engagement and access to the treatment, as well as it can make more difficult to someone to have an adequate healthcare. To identify the possible profile differences associated to the psychosocial characteristics of protection and of risk to a good access, the present study proceeded with the adaptation of the Screenphiv Instrument. Through the scores obtained, we sought to identify the possible characteristics capable of separating the participants into groups of linked/retained versus adhered with viral suppression. The empiric study counted with the participation of 200 people living with HIV/AIDS, aged between 18 and 83 years old, with average treatment time of 10,7 years, with the use of antiretroviral in 97,9% of the sample but 82,4% with an undetectable viral load. Using the discriminant analysis technique between the Screenphiv scores and the composite variable (usage of antiretroviral and undetectable viral load), the sample was separated into linked/retained and adherent groups. It was identified that the protective factors F2 – Personal Growing attitude and positive coping and F4 – Active coping with focus on collective action and social support; and the risk factor F1 – Emotional distress experience related to HIV have a great impact on the separation of groups. The results show that the Screenphiv was able to distinguish and correctly classify, about 83% of the study sample, in those two groups. It was found that the instrument is a good tool to be used to compose the assessment and classification of patients into groups and can be considered a useful instrument to preventively assess the self-care capacity and adherence of patients treated for HIV.

Key words: HIV, adherence, psychosocial factors, protective factors, risk protective

Lista de figuras do Capítulo I

Figura 1. Ciclo viral do HIV.....	22
-----------------------------------	----

Lista de tabelas do Capítulo II

Tabela 1. Descrição do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo.....	55
Tabela 2. Descritivos dos instrumentos VAS- Adesão e WHO-5.....	57
Tabela 3. Screenphiv: Descritivos e Confiabilidade.....	58
Tabela 4. Relação entre abandono do tratamento HIV, fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos ARV, idade, tempo de diagnóstico e bem-estar subjetivo.....	60
Tabela 5. Situação da carga viral e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos antirretrovirais, idade, tempo de diagnóstico e bem-estar subjetivo.....	61
Tabela 6. Coeficiente de correlação de Spearman das escalas Screenphiv, VAS-Adesão e WHO-5 com a idade e tempo de diagnóstico (N=200).....	64
Tabela 7. Correlações entre as dimensões do Screenphiv e as medidas adesão (VAS-Adesão) e bem-estar subjetivo (WHO-5).....	66
Tabela 8. Análise de regressão linear múltipla das dimensões do Screenphiv sobre os escores do WHO-5.....	68
Tabela 9: Parâmetros para o modelo de função discriminante para classificar a composite pelos fatores Screenphiv.....	71
Tabela 10. Coeficiente da função discriminante de Fisher e, coeficientes das funções escore de classificação para as categorias de respostas da COMPOSITE (Uso ARV e CV<) pelos fatores SCREEPHIV.....	72

LISTA DE ABREVIATURAS/ SIGLAS

- HIV — Vírus da Imunodeficiência Humana
- AIDS — Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
- SIV — Vírus da Imunodeficiência Símea
- PCDT — Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV
- SICLOM — Sistema de Controle Logístico de Medicamentos Antirretrovirais
- SISCEL — Sistema de Controle de Exames Laboratoriais da Rede Nacional de Contagem de Linfócitos CD4/CD8 e Carga Viral do HIV
- CV — Carga Viral
- PVHA — Pessoa Vivendo com HIV/AIDS
- ARV — Antirretroviral
- TARV — Terapia Antirretroviral
- HAART — Terapia Antirretroviral Altamente Ativa
- SAE — Serviço de Assistência Especializada
- AB — Atenção Básica de Saúde
- IST — Infecção Sexualmente Transmissível
- DDCI/SVS/MS — Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde
- SINAN — Sistema de Informação de Agravos de Notificação
- SIM — Sistema de Informação de Mortalidade
- SIMC — Sistema de Monitoramento Clínico
- ONG — Organização Não Governamental
- SCREENPHIV — Screening Measure for Psychological Issues Related HIV Infection
- WHO5 — World Health Organization Five Well-Being Index
- VAS — Visual Analogue Scale Adesão
- OMS — Organização Mundial da Saúde
- UNAIDS — Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS
- TCLE — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

CAPÍTULO I — INTRODUÇÃO TEÓRICA

A Infecção pelo HIV (Vírus da Imunodeficiência Humana) e a Aids (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida)

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids) teve seus primeiros casos no mundo detectados na África e nos Estados Unidos e passou a adquirir importância no decurso do decênio de 1980. Neste período, a identificação dos casos estava em torno de homens que faziam sexo com homens e usuários de drogas injetáveis. Entretanto, casos semelhantes de adoecimento foram acontecendo em pessoas como hemofílicos, que se declaravam heterossexuais, bem como casos entre mulheres. No início dos anos 80, ainda sem conhecer o agente causador de tal adoecimento, epidemiologistas foram identificando que havia uma condição comum àquelas pessoas, surgindo a ideia da existência de grupos de risco, um estigma que seria carregado junto com o diagnóstico por muito tempo (Hoffmann & Rockstroh, 2016; Teixeira & Teodorescu, 2015).

Na medida que novos casos eram identificados, percebia-se a característica de um agente capaz de debilitar o sistema imunológico da pessoa, propiciando o desenvolvimento de infecções oportunistas comuns em casos de imunossupressão. Entretanto, a identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) ocorreu em meados de 1983 por Françoise Barré-Sinoussi, virologista da equipe de Luc Montagnier do Instituto Pasteur de Paris, mas sua responsabilidade etiológica só foi realmente admitida a partir de abril de 1984 (Hoffmann & Rockstroh, 2016; Teixeira & Teodorescu, 2015).

É importante ter claro que, somente no período de 1976 a 1980, a ciência viria a desenvolver os meios técnicos necessários que viabilizasse o isolamento e a identificação do agente causador da AIDS, exatamente no período de aparição da doença. Graças à técnica de cultura de linfócitos, a equipe liderada pelo norte-americano Robert Gallo isolou, entre 1978

e 1979, o primeiro retrovírus então denominado HTLV (Human T-Cell Lymphoma Virus). Em 1982, a mesma equipe isolou outro vírus, da mesma família, e o denominou HTLVIII. Nesse momento, a equipe do Pasteur enviou uma amostra do seu material para que Gallo examinasse o que os achados teriam em comum (Teixeira & Teodorescu, 2015).

Segundo Teixeira e Teodorescu (2015), após anos de controvérsia e de uma intensa batalha jurídica entre franceses e norte-americanos pela paternidade da descoberta do vírus da aids, em 1986, uma comissão de virologistas, como solução de compromisso, adotou a sigla HIV – Vírus da Imunodeficiência Humana. Em março de 1987, os governos norte-americano e francês assinaram uma declaração conjunta na qual os franceses renunciavam ao processo legal contra os norte-americanos, aceitando que os dois cientistas estariam ligados à descoberta do HIV. No entanto, apenas em 2008 o grupo de pesquisa francês de Luc Montagnier e Francoise Barré-Sinoussi recebeu o Prêmio Nobel de Medicina por sua descoberta do HIV1 (Hoffmann & Rockstroh, 2016).

Em meio a todas as descobertas relacionadas à doença e seu agente etiológico, a indústria farmacêutica também trazia a introdução de medicamentos novos capazes de agir sobre o vírus. A Zidovudina (AZT), o primeiro antirretroviral aprovado pela *Food and Drug Administration* (FDA), mostrava efeitos positivos contra a doença. No final da década de 80, esse medicamento estava disponível no mercado farmacêutico norte-americano e europeu e, no Brasil, o AZT tornou-se acessível com importações de empresas privadas (Teixeira & Teodorescu, 2015).

Em meados da década de 90, já existiam outras medicações disponíveis para o tratamento da Aids e a evolução do conhecimento sobre a doença apresentou a possibilidade de terapia medicamentosa dupla, o que possibilitou um tempo de sobrevida maior a quem vivia com a infecção. De meados dos anos 90 para o final da década de 90, surgia então a terapia altamente ativa (HAART), terapia tripla, a composição de três medicamentos

antirretrovirais que impediam o processo de replicação viral integralmente, possibilitando, assim, a transformação de uma doença infecciosa fatal para adquirir o status de uma doença de curso crônico (Teixeira & Teodorescu, 2015; Diaz, 2012).

Mesmo com toda a evolução da ciência na identificação, diagnóstico e tratamento desta doença de forma cada vez mais precoce, a Aids ainda traz muitos desafios para as diversas estruturas envolvidas no cuidado e controle dessa epidemia. Uma questão clara para isso é proporcionar o tratamento para todos estabelecido através da meta 90/90/90, compromisso firmado entre diversas nações para a eliminação da epidemia até o ano de 2030. A Meta 90/90/90, previa que em 2020 se teria 90% das pessoas diagnosticadas para o HIV, destes, 90% em tratamento e, destes, 90% com carga viral indetectável para que se alcançasse, em 2030, o fim da epidemia.

Diante dessa proposta, de acordo com a UNAIDS, há uma desaceleração no crescimento da epidemia à medida que vão reduzindo novas infecções a cada ano, e aumenta o acesso ao tratamento, reduzindo a mortalidade relacionada à Aids. Em 2019, 81% das pessoas que viviam com HIV conheciam seu diagnóstico, entre essas pessoas, 67% tinham acesso ao tratamento e destas, 59% tinham a carga viral indetectável (UNAIDS.org.br).

Os dados globais apresentados pela UNAIDS.org.br são assim descritos:

- 75,7 milhões de pessoas foram infectadas pelo HIV desde o início da epidemia até o final de 2019;
- 32,7 milhões de pessoas morreram de doenças relacionadas à Aids desde o início da epidemia até o fim de 2019. A mortalidade por Aids diminuiu 39% desde 2010;
- 38 milhões de pessoas em todo o mundo vivem com HIV até o fim de 2019;
- 25,4 milhões de pessoas com acesso à terapia antirretroviral até o final de junho de 2019;
- 1,7 milhão de novas infecções por HIV em 2019;

- 690 000 de pessoas morreram de doenças relacionadas à Aids em 2019.

A Aids no Brasil

À mesma época, no início dos anos 80, de acordo com Teixeira e Teodorescu (2015), no Brasil, em diferentes cidades, também surgiram casos semelhantes aos descritos nos Estados Unidos. Diversos infectologistas receberam, em seus consultórios particulares, pacientes com sintomatologia característica de pessoas com imunossupressão. Em 1982, foi identificado e notificado o primeiro caso de Aids no país através de um diagnóstico do Sarcoma de Kaposi, assim como acontecia nos EUA.

Segundo Teixeira e Teodorescu (2015), alguns médicos se tornaram especialistas em Aids buscando conhecimento da doença pelas publicações na imprensa leiga. São poucas as referências aos artigos científicos publicados nesse período por revistas de renome como “The Lancet” ou “New England Journal of Medicine”. A atualização entre pares a respeito da nova doença se fazia, principalmente, em eventos científicos. Em setembro de 1983, foi diagnosticado o primeiro caso de Aids registrado no estado do Rio Grande do Sul e tratava-se de um homem bissexual. No dia 30 de dezembro do mesmo ano, foram notificados mais dois casos de Aids ao Serviço de Dermatologia Sanitária da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul. No final de 1983, a Aids se tornara realidade em diferentes capitais brasileiras. Não se podia mais ignorar que se tratava de uma epidemia, quando a imprensa brasileira trazia a público, com frequência, a notícia da nova doença.

O posicionamento da imprensa na época reforçava que existiam alguns segmentos populacionais vulneráveis à infecção, o que foi um fator preponderante para a discriminação às pessoas que obtinham o diagnóstico de Aids naquele momento histórico. Apesar de ter iniciado com a noção de grupos de risco, quase imediatamente surgiram casos que não eram representados por pessoas desses chamados grupos de risco, porém isso não foi suficiente

para a desconstrução do estigma que se instalava no senso comum (Teixeira & Teodorescu, 2015; Diaz, 2012).

Esse período ficou caracterizado por muitos movimentos sociais que se organizaram e se estruturaram para manifestarem-se em defesa das pessoas afetadas pela Aids. No Brasil, surgiram muitas Organizações Não Governamentais (ONG) que atuavam junto aos profissionais de saúde e participavam da construção de um discurso social sobre a Aids, para evitar uma onda moralista que se iniciava. As pessoas engajadas em ações não-governamentais tinham projeções sociais, muitos eram artistas conhecidos e foram capazes de pressionar os órgãos governamentais de saúde para agir contra a doença. Sem a iniciativa dos ativistas, as respostas da saúde pública brasileira para o controle da epidemia, como a inclusão dos procedimentos nas ações do SUS, a criação de um departamento voltado à política e ações no cuidado da Aids e a ampla distribuição de antirretrovirais (ARV), provavelmente, não teriam sido tão precoces (Teixeira & Teodorescu, 2015; Diaz, 2012).

Desde aquele momento até os dias de hoje, a Aids tornou-se uma epidemia que vem trazendo grandes desafios à rede de assistência de saúde para controlá-la. A infecção pelo HIV evoluiu de uma infecção mortal para uma doença crônica em países onde o tratamento está amplamente disponível, como é o caso brasileiro. O tratamento antirretroviral proporcionou um impacto significativo na expectativa de vida das populações afetadas pelo HIV (Dutra, Léo, Lins-Kusterer, Luz, Prieto, Rodrigues & Brites, 2019; Diaz, 2012).

Como já foi dito sobre a construção das políticas públicas ao HIV, foram as tensões e demandas geradas pela sociedade que garantiram a aplicabilidade e financiamento para a Aids, levando o Estado a dar respostas ao problema social descortinado pela doença. Cabe destacar que a distribuição universal e gratuita de medicamentos antirretrovirais, através da quebra de patentes farmacêuticas, foi a chave para o sucesso, por permitir a fabricação local de parte desses medicamentos, diminuindo o custo de internações e tratamento

medicamentoso para infecções oportunistas (Dutra et al., 2019; Sousa, Lyra, Araújo, Pontes, Freire & Pontes, 2012).

O Brasil apresenta uma das políticas de enfrentamento à Aids mais modernas do mundo, sendo uma referência internacional na sua estrutura de assistência às Pessoas Vivendo com HIV/AIDS (PVHA). O cenário de hoje é de uma doença que atinge todos os grupos sociais e faixas etárias e, diante da cronicidade, surgem outros desafios, determinando a necessidade de novas práticas relacionadas ao tratamento no cotidiano dessas pessoas (Dutra et al., 2019; Souza et al., 2012; Brasil, 2018).

Para o cuidado das pessoas com HIV/Aids, no início da epidemia e em anos seguintes, o modelo de atenção de saúde era em Serviços de Assistência Especializada (SAE), que se mostrou o mais adequado e seguro naquele momento. Com o avanço do cuidado às pessoas vivendo com HIV e com a simplificação dos tratamentos (por exemplo: menor número de comprimidos, controle da carga viral, manutenção dos níveis de CD4), a infecção pelo HIV adquiriu as características de uma doença de condição crônica e o modelo centrado unicamente nos serviços especializados começou a ser insuficiente para um cuidado integral da pessoa. A implantação e implementação da linha de cuidado entrelaçada com a Atenção Básica (AB) surgiu como uma ferramenta para qualificar o cuidado integral e em rede da PVHA. Outros pontos também são importantes, como os serviços de atenção domiciliar, equipes de consultório na rua, serviços de saúde mental, entre outros. A AB favorece o vínculo terapêutico com a PVHA, propicia um estilo de vida saudável, permite identificar e avaliar outros fatores de risco para comorbidades crônicas, como diabetes melitos, hipertensão arterial, osteoporose, entre outros (Brasil, 2015).

De acordo com o Manual para a Equipe Multiprofissional: cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela Atenção Básica (2015), o cuidado compartilhado entre a AB e o SAE garante maior acesso e vínculo com o sistema de saúde, contribuindo para a melhoria da

qualidade de vida dessas pessoas, pois possuem a proximidade, contato e vínculo com pessoas do território adscrito. Além disso, estão mais próximas para estimular a coparticipação ativa do paciente no autocuidado, o que facilita a adesão e previne a transmissão do vírus, evita a evolução para a AIDS e reduz a mortalidade pela doença. A experiência da AB em lidar com outras enfermidades crônicas permite que esse cuidado seja ampliado para o cuidado da PVHA.

O tratamento oportuno e precoce é fundamental para evitar a progressão da infecção pelo HIV para Aids e a suscetibilidade de infecções oportunistas. Quanto mais cedo for realizado o diagnóstico e iniciado o tratamento, maior será o controle da infecção e o controle da transmissão do vírus para outras pessoas, além de melhorar a qualidade de vida da pessoa que vive com o HIV (Brasil, 2015).

De acordo com o último Boletim Epidemiológico do Departamento Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS) de 2020, no Brasil, em 2019, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de Aids – notificados no SINAN (Sistema de Informação de Agravos de Notificação), declarados no SIM (Sistema de Informação de Mortalidade) e registrados no SISCEL/SICLOM, com uma taxa de detecção de 17,8/100.000 habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2020, 1.011.617 casos de Aids detectados no país. Desde o ano de 2012, observa-se uma diminuição na taxa de detecção de Aids no Brasil, que passou de 21,9/100.000 habitantes (2012) para 17,8/100.000 habitantes em 2019, configurando um decréscimo de 18,7%. Essa redução na taxa de detecção tem sido mais acentuada desde a recomendação do “tratamento para todos”, implementada em dezembro de 2013.

Juntamente a esses dados, o Brasil assumiu o compromisso dos Objetivos de Desenvolvimento do Milênio proposto junto à Organização das Nações Unidas (ONU)

através da UNAIDS, sendo uma das metas combater e reverter a tendência atual de propagação do HIV/Aids. O país buscava atingir a meta 90-90-90, que estabelecia que, em 2020, teríamos 90% das pessoas com HIV fossem diagnosticadas (ampliando o diagnóstico do HIV); destas, que 90% estariam em TARV (Terapia Antirretroviral), ampliando o acesso à mesma; e que, dentre estas, 90% teriam a carga viral indetectável (indicando boa adesão ao tratamento e qualidade da assistência às pessoas vivendo com HIV/AIDS). Modelos matemáticos sugerem que o alcance dessas metas em 2020 permitiria que o mundo estabelecesse fim à epidemia de Aids até 2030, o que, por sua vez, gerará grandes benefícios para a saúde e para a economia (UNAIDS, 2015). Como já mostrado, os dados da UNAIDS mostraram que houve um bom progresso até 2020, mas o mundo ainda está longe de chegar na meta que havia proposto para 2030.

Diante desta situação, a diretriz da Política Nacional de Atenção em IST/HIV/Aids e Hepatites Virais vem investindo esforços na implantação da Linha de Cuidado Contínuo à Pessoa Vivendo com HIV/Aids (PVHA). A Linha de Cuidado Contínuo refere-se ao acompanhamento do paciente de forma integral e integrada com a rede de Atenção Básica de saúde. Portanto, a Atenção Básica cumpre papel fundamental, ampliando o acesso ao diagnóstico e tratamento das pessoas vivendo com HIV/Aids. Desde o advento da HAART (Terapia Antirretroviral Altamente Ativa), a Aids passou a ser considerada uma doença de curso longo e crônico; sendo assim, é uma infecção indicada para acompanhamento na Atenção Básica e os Serviços Assistenciais Especializados (SAE) como o local para acompanhamento daquele paciente de difícil adesão, com falha ao medicamento, e de equipe de referência técnica para o matriciamento do acompanhamento da pessoa vivendo com HIV/AIDS atendido na rede básica de saúde.

A Infecção pelo HIV e AIDS no Rio Grande do Sul e Viamão

Como parte de um mundo globalizado, inclusive nas questões de agravos, a trajetória da epidemia da Aids começou, no Rio Grande do Sul (RS), como no restante do Brasil e do mundo, em meados da década de 80. Desde então, muitos esforços da política de atenção às pessoas infectadas pelo HIV têm sido alvo de discussão, investimento, construção, implantação e implementação de um cuidado dedicado através de políticas públicas de prevenção e assistência ao HIV/Aids.

De acordo com o Boletim Epidemiológico da Secretaria de Estado da Saúde do Rio Grande do Sul de 2019, em 2018 foram diagnosticados 3.484 novos casos de HIV e 3.083 casos de Aids, com uma taxa de detecção de 27,2/100.000 habitantes, totalizando, no período de 1980 a junho de 2019, 95.558 casos de Aids detectados no país. Ao comparar a taxa de detecção de 2008 (44,8 casos/100 mil habitantes) em 2018, tem-se uma redução de 39,3%. Porém, o Rio Grande do Sul ainda apresenta uma taxa superior à do Brasil (17,8 casos/100 mil habitantes), sendo a 3ª taxa mais elevada entre os estados brasileiros. A capital, Porto Alegre, embora também com elevadas taxas de detecção, vem apresentando nos últimos oito anos diminuição da ocorrência de novas infecções na população em geral, estando na 3ª posição no ranking de capitais com a maior taxa de detecção (53,7 casos/100 mil habitantes) em 2018. Ressalta-se que o número anual de casos de Aids registrados no estado vem diminuindo de forma contínua desde 2013, desde a implementação do tratamento medicamentoso imediato ao diagnóstico, sendo a média anual, dos últimos cinco anos, de 3.679 casos novos.

Entre os municípios da região metropolitana encontra-se o município de Viamão, que apresenta uma taxa de detecção elevada de 39,6/100 habitantes em 2019, apesar de apresentar um decréscimo na mesma desde 2015, ocupando 11º lugar no ranking dos municípios do

Estado do Rio Grande do Sul com as maiores taxas de casos novos. Possui um acumulado de casos de Aids notificados no SINAN de 3.433 até julho de 2019.

O HIV e a AIDS

A origem do HIV foi atribuída a diferentes hipóteses nos primeiros anos da epidemia. Sabe-se que foi isolado um número considerável de retrovírus semelhantes ao HIV em mamíferos, particularmente em macacos africanos, chamados de SIV. As similitudes genéticas entre os vírus HIV e os SIV indicam uma origem comum. Acredita-se que o vírus HIV tipo 1 tenha se originado através da recombinação de dois Vírus da Imunodeficiência Símea (SIV) isolados em chimpanzés e gorilas e transmitidos em diversas ocasiões de contato com humanos através de lutas, caças e hábitos alimentares. O HIV tipo 2 aproxima-se de uma outra espécie de macacos encontrados nas florestas de Gana e Senegal. Os diversos grupos e subgrupos do HIV tipo 1 (M, N, O e P) e HIV tipo 2 (A-H) são resultantes de eventos de transmissão independentes através de primatas não humanos para humanos, por rotas como ingestão de carne contaminada, mordeduras ou outros ferimentos. A origem comum não indica necessariamente que os HIV descendem dos SIV, o parentesco pode se explicar tanto pela passagem de cepas virais dos macacos ao homem como por um desenvolvimento paralelo, cuja origem são antepassados comuns (Nodari, 2019, Teixeira & Teodorescu, 2015).

O HIV é um lentivírus da família dos *retroviridae* e é responsável pela Aids. Infecções com um lentivírus tipicamente mostram um curso crônico de doença, um longo período de latência clínica, uma persistente replicação viral e um envolvimento do sistema nervoso central (Nodari, 2019, Teixeira & Teodorescu, 2015).

Segundo o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos 2018 (Brasil, 2018), o HIV é um vírus que se espalha através de fluidos corporais (fluidos sexuais, sangue e leite materno) e afeta células específicas do sistema

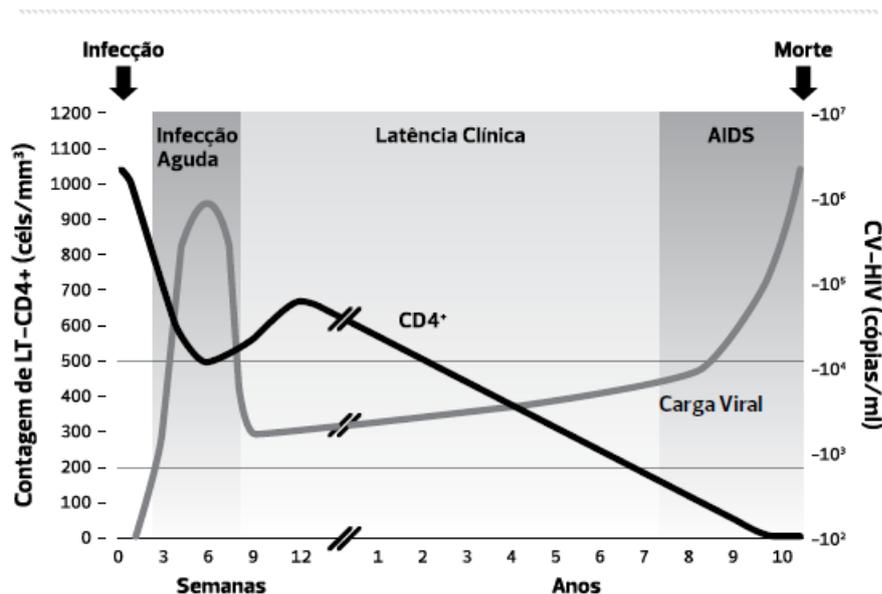
imunológico, conhecidas como células CD4 ou células linfócitos T. A infecção pelo HIV desenvolve-se com um amplo espectro de apresentações clínicas, desde a fase aguda até a fase avançada da doença. Em indivíduos sem tratamento, o tempo médio estimado desde o contágio até o aparecimento da doença aproxima-se de oito a dez anos.

A infecção aguda pelo HIV ocorre nas primeiras semanas após a contaminação do sujeito. Nesta etapa o vírus está sendo replicado intensivamente nos tecidos linfóides (Hoffmann & Rockstroh, 2015). Durante essa etapa, tem-se uma carga viral elevada e um decréscimo nos linfócitos, especialmente o CD4, que são utilizados para a replicação viral. O indivíduo torna-se altamente infectante nessa fase.

Na fase de latência clínica, o exame clínico costuma ser normal, o paciente mostra-se assintomático e seus exames indicam uma contagem de linfócitos CD4 semelhante às pessoas imunocompetentes. O aparecimento de infecções oportunistas, neoplasias e uma diminuição significativa nos linfócitos CD4 (<350 cels/mm) é um critério de definição da AIDS. Se a terapia antirretroviral (TARV) não for instituída, o HIV afeta e destrói as células CD4 do sistema imunológico e torna o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças oportunistas, inevitavelmente, o indivíduo evolui para a morte. Quando isso acontece, a infecção por HIV evoluiu para Aids (Hoffmann & Rockstroh, 2015).

A figura a seguir representa graficamente a história natural da infecção pelo HIV.

Figura 1. Ciclo viral do HIV



Fonte da imagem: Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas (2018)

Tratamento Farmacológico para o Controle da Infecção pelo HIV e AIDS

A recomendação do atual do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV – PCDT (Brasil, 2018) é no sentido de um início precoce do uso de terapia antirretroviral (TARV) e considera os benefícios relacionados à diminuição morbimortalidade da pessoa vivendo com HIV/Aids, à diminuição da transmissão da infecção e à disponibilidade de opções terapêuticas bem toleradas. Entretanto, destaca que a TARV deve ser iniciada quando a pessoa estiver ciente de seus benefícios e riscos, além de fortemente preparada e motivada para seu próprio cuidado e tratamento, respeitando-se, assim, a autonomia do paciente, enfatizando que a TARV, uma vez iniciada, não deverá ser interrompida.

Diante disso, a pessoa vivendo com HIV em tratamento pode levar uma vida normal, como a de qualquer outra pessoa com uma doença crônica. Novamente destaca-se que quanto mais cedo for feito o diagnóstico e iniciado o tratamento, maior será o controle da infecção e melhor será a qualidade de vida da pessoa vivendo com HIV (Brasil, 2018). Esforços devem ser feitos para reduzir o tempo entre o diagnóstico de HIV e o início da TARV, sempre avaliando a preparação e a motivação individual.

A supressão máxima da Carga Viral (CV) não depende apenas da potência do esquema antirretroviral (ARV) utilizado, mas também da adesão do paciente à terapia prescrita. A adesão subótima pode levar a presença de CV, o que não só prejudica o paciente, mas também aumenta o seu risco de transmissão de HIV (incluindo cepas resistentes aos medicamentos). A avaliação contínua e o tratamento de condições que podem afetar a adesão, como depressão, álcool e uso de drogas, melhoram a saúde do paciente como um todo e reduzem o risco de transmissão.

O acompanhamento clínico da pessoa infectada com o HIV ocorre com a realização de consultas e exames de controle. O tratamento antirretroviral é eficaz na redução da CV, permitindo que os níveis de linfócitos CD4 mantenham-se em níveis equivalentes às pessoas não infectadas e com imunidade preservada. Assim, o sucesso do tratamento é sinônimo de carga viral indetectável (Brasil, 2018).

Todos esses avanços não devem ser confundidos com o fato de que a terapia médica ao longo da vida provavelmente levará a problemas substanciais, especialmente em termos de adesão à terapia e possível toxicidade de longo prazo. Enfrentamos hoje as complicações desse tratamento (as dislipidemias e lipodistrofias principalmente) e a indústria farmacêutica, em paralelo ao desenvolvimento de novas drogas, também tem investido na simplificação do tratamento através da diminuição do número de comprimidos, número de tomadas do medicamento durante o dia. O esquema inicial de tratamento hoje é composto de dois comprimidos (contendo três drogas) tomados uma vez ao dia. Porém, o mais importante é que a pessoa com HIV esteja em acompanhamento contínuo e integral, mesmo quando esteja clinicamente estável, pois qualquer intercorrência que apareça será manejada precocemente e as chances de sucesso serão bem maiores (Dutra et al., 2019; Brasil, 2018).

Aspectos Psicológicos Relacionados com a Infecção pelo HIV/Aids

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV – PCDT (Brasil, 2018), a ocorrência de alguns transtornos psíquicos é mais frequente em pessoas vivendo com HIV do que na população geral. Duas explicações são possíveis para essa condição: pessoas com transtornos mentais são mais vulneráveis à exposição ao HIV e/ou a infecção pelo HIV contribui para o surgimento ou desencadeamento de problemas psíquicos previamente existentes ou não. Além disso, o estresse evidenciado pelos receios de sofrimento, perdas, aliam-se aos efeitos da estigmatização dirigido para aqueles que vivem com essa infecção. Possivelmente, a infecção e o aparecimento de condições mórbidas relacionadas ao HIV podem desencadear ou fazer recrudescer doenças mentais controladas ou ainda não manifestadas.

O surgimento de transtornos psíquicos está relacionado aos efeitos diretos do vírus, as infecções oportunistas que acometem o Sistema Nervoso Central (SNC), a cronicidade e a gravidade da doença, eventos adversos do tratamento e as limitações sociais e afetivas nas diferentes áreas da vida como pessoal, profissional, amorosa e familiar.

Para Byrd, Hardnett, Hou, Clay, Suzuki, Camp, Shankle, Weldle & Taltel (2020), os transtornos mentais são prevalentes entre pessoas que vivem com HIV, apresentando uma estimativa de 63% de pessoas com HIV possuem algum transtorno mental comparado a 31% da população geral. Podem aumentar a morbidade e mortalidade de diversas maneiras, interferindo na adesão ao tratamento, impactando a rotina mesmo quando a pessoa acometida pela infecção do HIV adere plenamente ao uso de terapia antirretroviral. Segundo Basset e Schuette (2019), estudos apontam que a adesão ao uso adequado de medicamento em condições crônicas e afetos negativos demonstra um incremento da depressão como significativamente pior em condições crônicas como HIV, indicando ainda que pessoas

vivendo com HIV tratadas para a depressão têm melhores resultados na adesão 1.83 vezes mais aos medicamentos do que aquelas não tratadas para depressão.

Nesse contexto, há que destacar os sintomas depressivos e ansiosos que, de acordo com Byrd et al. (2020), a depressão, em particular, é comum entre pessoas com HIV, com uma estimativa de 20% a 40%, sendo associada com um cuidado pobre ao longo do cuidado contínuo para o HIV. Para estes autores, pessoas com HIV e depressão são menos prováveis de ficarem retidas aos cuidados do HIV, bem como sintomas depressivos têm sido associados a uma relação de faltas às consultas e à falha virológica. Para estes autores, a depressão é o diagnóstico psiquiátrico mais frequente e comum em pessoas infectadas pelo HIV, estima-se que as pessoas vivendo com HIV tenham entre duas e sete vezes mais probabilidade de desenvolver depressão que a população geral. Segundo o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV (Brasil, 2018), a presença de sintomas depressivos parece ter relação direta com a progressão da AIDS, sendo mais comuns em estágios mais avançados da doença. O diagnóstico de depressão nesses pacientes pode ser dificultado pelo fato de que alguns dos sintomas de depressão (anorexia, fadiga, fraqueza e perda de peso) podem coincidir com os da própria evolução da doença pelo HIV. Pessoas idosas e mulheres parecem ter vulnerabilidade maior para os sintomas depressivos entre as pessoas que vivem com o vírus do HIV.

Ainda em acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para tratamento do HIV (Brasil, 2018), pessoas com depressão, ansiedade generalizada, pânico e outros transtornos de ansiedade, além de síndromes psicóticas, apresentam mais chance de não aderirem ao tratamento em relação àqueles que apresentam outros transtornos psiquiátricos. Identificar vulnerabilidades para doenças mentais e psiquiátricas para tratamento precoce e o compartilhamento do cuidado com outro profissional nessa área pode ter um impacto positivo na saúde da pessoa que vive com HIV/AIDS.

Portanto, diagnosticar e tratar precocemente o sofrimento psíquico é fundamental para garantir a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV. Estratégias de manejo e enfrentamento de estresse, busca por atividades prazerosas e planejamento de metas e projetos de vida têm se mostrado como intervenções de resultados significativos na redução de sintomas de depressão e ideação suicida na população infectada pelo HIV (Brasil, 2018).

Embora muitos estudos sobre HIV e questões mentais tenham foco na depressão, a prevalência estimada e a associação com outras condições de saúde mental é bastante elevada. Por exemplo, a prevalência de transtorno de ansiedade generalizada e transtorno de estresse pós-traumático é estimado entre 16% a 74% comparado com 2% e 8% da população geral. Além disso, o HIV tem sido associado com um incremento de risco para esquizofrenia e psicoses agudas, principalmente nos primeiros anos de diagnóstico para o HIV (Byrd et al. 2020).

Diante de um diagnóstico de uma doença, as pessoas frequentemente assumem um padrão de ideias e crenças sobre essa enfermidade que é capaz de determinar comportamentos que serão emitidos para o gerenciamento da própria doença. Essas percepções ou representações interferem nas respostas emocionais do indivíduo à enfermidade, bem como a adoção de estratégias de enfrentamento para lidar com sua condição. Assim, a forma como a pessoa se comporta, aceitando e seguindo as prescrições médicas, cuidando de sua dieta, tomando seus medicamentos corretamente, entre outros, é visto como elementos tão importantes quanto o tratamento médico em si. Por outro lado, quando o paciente nega a sua doença, não entende ou não se sente seguro para enfrentar seu problema de saúde e o tratamento, o seu prognóstico piora, já que sua conduta não facilitará o seu restabelecimento (Seidl & Remor, 2020; Thomaz & Castro, 2012).

Intervenções psicoterapêuticas podem trazer grande auxílio no cuidado complementar dessas pessoas para quase todos os transtornos psíquicos, colaborando com o sujeito para

lidar de forma realista com o que representa essa infecção. Outras formas de intervenção psicossocial, para além das psicoterapias, assim como atividades que ampliem as boas condições do viver, como exercícios físicos e estímulo para o lazer, podem contribuir para as boas condições de saúde geral, incluindo os aspectos mentais (Seidl & Remor, 2020; Brasil, 2018).

Fatores Psicossociais de Proteção e de Risco Associados à Adesão ao Tratamento do HIV/Aids

A terapia antirretroviral tem reduzido significativamente a morbidade e a mortalidade de pessoas infectadas pelo HIV (Reid, Steenhoff, Thompson, Gabaitiri, Cary, Steele, Mayisela, Dickinson, Eherkranz, Friedman & Linkin, 2017, Semvua, Orrel, Mmbaga, Semvua, Bartlett & Boulle, 2017; Teixeira, Figueiredo & Mendonza-Sassi, 2016). Embora grandes avanços tenham sido feitos nesse sentido, as pessoas vivendo com HIV/AIDS ainda encontram estressores poderosos que atuam como barreiras a uma aceitação do diagnóstico e uma boa adesão ao tratamento antirretroviral (Sweeney & Venable, 2016). Além do mais, um diagnóstico de HIV pode, ainda, demandar um ajustamento pessoal e recursos do contexto para enfrentar as mudanças trazidas por esse diagnóstico. O HIV traz consigo um estigma que afeta o cuidado de saúde e o bem-estar do paciente diagnosticado, impactando na eficácia da terapia antirretroviral (Remor, Fuster, Ballester, Gómez, Fumaz, González, Ubillos, Aguirrezbal & Molero, 2016).

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Tratamento do HIV (Brasil, 2018), a principal causa de falha da terapia antirretroviral (TARV) é a má adesão do paciente ao seu tratamento. Fatores psicossociais como depressão, uso de substâncias psicoativas, dificuldade de acesso, comorbidades e posologia complexa contribuem para essa má adesão.

O HIV ainda não tem cura e a eficácia do tratamento depende, necessariamente, da adesão à terapia antirretroviral por toda a vida. Identificar as barreiras que possam comprometer uma boa adesão ao tratamento é fundamental para o alcance de bons resultados de aderência do paciente ao seu próprio tratamento. O entendimento de adesão ultrapassa a linha definida pelo seguimento estrito das orientações médicas a serem seguidas pelo paciente, é uma atividade conjunta que engloba também sua compreensão e aceitação do diagnóstico, a concordância com o tratamento, sua relação com a instituição e equipe que o acolhe e sua própria atitude ao lidar com sua saúde. Portanto, a compreensão de adesão assume um caráter dinâmico, multideterminada sob a responsabilidade do paciente e profissional, com características típicas de acordo com o grupo etário e contexto social, permeada de relações de confiança com a equipe de saúde (OMS, 1946, Carvalho, Barroso, Coelho & Penaforte, 2019; Costa-Villares, Casseb, Gascon & Fonseca, 2018; Semvua et al., 2017; Polejack & Seidl, 2010).

Considera-se que a avaliação da adesão à terapia antirretroviral (TARV) é um dos pontos de maior impacto na redução de complicações e melhoria da qualidade de vida das pessoas infectadas com HIV, sendo a não adesão a causa mais comum da falha da TARV, resistência viral aos medicamentos e a principal variável na qual os serviços podem intervir para aumentar a efetividade do tratamento. A detecção precoce de não adesão permite o estabelecimento de intervenções oportunas, proporcionando um aumento da qualidade de vida dessa população (Carvalho et al., 2019; Vilas Boas, Almeida, Loures, Moura & Moura, 2018).

Portanto, identificar e trabalhar os fatores psicossociais envolvidos na adesão pode melhorar a percepção da pessoa que está com o HIV, auxiliá-la no reconhecimento de seus sentimentos, qualificar as intervenções em saúde na promoção da qualidade de vida e do

bem-estar do paciente HIV (Almeida-Brasil, Nascimento, Silveira, Bonolo & Ceccato, 2019; Reis, Lencastre, Guerra & Remor, 2010).

Em diferentes momentos e situações foram feitos estudos que objetivaram compreender e esclarecer a interação entre características psicológicas e a condição de saúde do indivíduo (Calvetti, Giovelli, Gauer, Moraes, 2015; Ulla & Remor, 2002). Além disso, alguns estudos demonstram que fatores psicossociais e contextuais desempenham um quesito importante na progressão da infecção pelo HIV. Somando-se a isso, indivíduos com depressão, ansiedade generalizada, pânico e outros transtornos de ansiedade, além de síndromes psicóticas, apresentam maior chance de não aderirem ao tratamento (Costa-Villares, Casseb, Gascou & Fonseca, 2018; Sweeney & Vanable, 2015; Remor, Fuster, Ballester-Arnal, Gómez-Martinez, Fumaz, Gonzáles- Garcia, Ubillos-Landa, Aguirrezabal-Prado & Molero, 2012).

Existem evidências de que o tratamento de pessoas com HIV/Aids pode desencadear reações psicológicas que requerem uma atenção e apoio especial, como é o caso da ansiedade generalizada ou depressão (Calvetti et al., 2014). Para estes autores, os sintomas de ansiedade observados em pessoas com HIV podem estar associados a dúvidas quanto à evolução da doença e/ou evolução clínica, assim como medo da dor e sofrimento, da deterioração física e psicológica, além da possibilidade de morte. Sinais como esses podem ser caracterizados como uma resposta a situações de estresse, que variam de acordo com a interpretação de cada pessoa. Segundo Castrighini, Reis, Neves, Brunini, Canini & Gir (2013), as preocupações e medos às consequências adversas podem influenciar negativamente o paciente na adesão ao tratamento.

Verificar a adesão ao tratamento é uma questão complexa e que pode não estar em consenso entre os profissionais. Uma medida direta é a medida de detecção de antirretroviral (ARV) no sangue ou a carga viral, porém esta requer uma infraestrutura maior, como

laboratório e exames. O mais comumente usado está associado a métodos indiretos de monitoramento como autorrelato, controle eletrônico dos medicamentos, contagem de comprimidos e registro de retirada dos antirretrovirais na farmácia especializada, carga viral. Entretanto, alguns estudos indicam que uma variedade de características, tanto comportamentais quanto cognitivas e psicológicas, também aparecem como um fator significativo associado e está dividido em variáveis psicológicas negativas, que podem vulnerabilizar e são preditores de baixa adesão, e positivas, que podem proteger e facilitar a adesão (Carvalho et al., 2019; Remor et al., 2016).

As variáveis/fatores psicossociais de risco são os eventos da vida que, quando presentes, aumentam a probabilidade de o indivíduo apresentar problemas físicos, psicológicos e sociais. Já as variáveis/fatores psicossociais de proteção referem-se às influências que modificam, melhoram ou alteram respostas pessoais a determinados riscos de desadaptação e auxiliam na adesão (Carvalho et al., 2019). Contudo, o conhecimento científico relacionado aos preditores psicossociais de cuidado com a saúde ainda é incipiente (Remor et al., 2012).

Entre as variáveis negativas estão o sofrimento psíquico, angústia, estresse, sofrer violência e a presença de transtorno depressivo, de pânico, estresse pós-traumático e catastrofização da dor. As variáveis psicológicas positivas incluem autoeficácia, atitude/motivação, crenças pessoais, enfrentamento/resiliência e qualidade de vida (Carvalho et al., 2019).

Para compreender esses fatores psicossociais, é preciso entender conceitualmente como estão associados ao autocuidado de saúde. Nessa perspectiva, a depressão é comumente associada à presença de crenças negativas relacionadas à doença e sentimentos de desesperança, que prejudicam a motivação das pessoas para cuidar de sua saúde e minam a confiança em sua habilidade de lidar com as demandas do tratamento. Sintomas de ansiedade

e depressão podem contribuir negativamente para a não adesão à terapia antirretroviral (TARV), influenciando no sistema imunológico e, conseqüentemente, baixando a imunidade e aumentando a carga viral, conduzindo para a progressão para Aids e deterioro da qualidade de vida. Estudos apontam que pessoas com sintomas de depressão ou ansiedade generalizada respondem duas vezes mais em abandono ao tratamento do que pessoas sem sofrimento psíquico (Calvetti et al., 2014; Medeiros, Silva & Saldanha, 2013).

Não é uma condição determinante que características emocionais e psicológicas sejam a causa de patologias, entretanto, condições de estresse percebido, ansiedade, depressão, entre outras, podem contribuir para a diminuição da resposta imune do organismo, o que pode ocasionar o surgimento de doenças oportunistas, trazendo implicações para a saúde de pessoas que vivem com HIV/Aids (Medeiros, Silva & Saldanha, 2013). Nesse mesmo sentido, Calvetti et al. (2014) ponderam que manifestações de ansiedade podem ocorrer de formas diversas, pelo medo de ter infectado parceiros amorosos ou filhos (através da transmissão vertical), como apreensão diante da revelação do diagnóstico, medo implícito ou explícito de rejeição, mudanças no regime terapêutico por falha ou intolerância, variações na contagem de CD4 e carga viral e dificuldades associadas ao sexo seguro.

Mesmo com o grande benefício decorrente do uso de antirretroviral, sobretudo pelo prolongamento da sobrevida e cronicidade da infecção, o tratamento marca profundamente o indivíduo, afetando o seu bem-estar físico, social e mental, que interferem em sua identidade e autoestima. Sentimentos de menor valia podem favorecer a negligência aos cuidados de saúde, a pessoa com HIV poderá se perceber mais limitada e desanimada, com implicações importantes na saúde mental. A baixa autoestima dessa pessoa pode estar relacionada com as conseqüências negativas de conviver com a infecção pelo HIV, como o isolamento social e afetivo. Por outro lado, a autoestima elevada faz com que a pessoa vivendo com HIV se perceba de forma positiva, mas também poderia levar a crenças de invulnerabilidade pelo fato

de a pessoa possuir sentimentos excessivamente positivos sobre si mesma (Castrighini et al., 2013; Seidl, Melchíades, Farias & Brito, 2007).

Apesar de todo o tempo de epidemia, das transformações de características dessa epidemia e dos conhecimentos relativos à infecção pelo HIV, ainda é forte o impacto social negativo gerado pelo diagnóstico por HIV. As pessoas infectadas pelo HIV, em alguns contextos, ainda seguem sendo uma população estigmatizada, vivenciando diversos tipos de preconceito. Conceitualmente, o estigma é atribuído pela sociedade àquele que apresenta um “desvio” ou uma diferença indesejável. Socialmente, dentre outras conotações, a AIDS ainda tem sido entendida como punição a comportamentos imorais, despertando preconceito. Dessa forma, enfrentar a estigmatização e o preconceito pode parecer mais difícil do que enfrentar a infecção do ponto de vista de saúde física, influenciando também na autoestima (Carvalho et al., 2019; Castrighini et al., 2013).

A percepção das interações sociais com outros indivíduos pode incrementar a autoestima, o autorrespeito e a autoconfiança, reduzindo a percepção de estigma. Portanto, outra variável importante na compreensão de fatores psicossociais refere-se ao apoio/suporte social. O apoio social auxilia pessoas com doenças crônicas, como o HIV, a se adaptarem com sua condição de saúde e podem mitigar o impacto de situações de preconceitos e discriminatórias, contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento e um incremento na qualidade de vida. Além disso, o apoio social contribuiu para o enfrentamento às mudanças, diminuição de sintomas de ansiedade e melhores avaliações da vida (Calveti et al., 2014; Castrighini et al., 2013; Medeiros, Silva & Saldanha, 2013).

De acordo com Medeiros, Silva & Saldanha (2013), com o advento dos antirretrovirais, a infecção pelo HIV adquiriu esse status de doença controlável, permitindo que as pessoas vivendo com o vírus possam recuperar sua capacidade de se relacionar, interagir, amar e trabalhar em sociedade, o que proporciona uma melhor avaliação de suas

próprias vidas. Para Araújo, Lôbo, Santos e Sampaio (2017), em um estudo sobre a resiliência em pessoas que vivem com a infecção pelo HIV, percebeu-se que pessoas que possuem uma rede de apoio social mais ampla, incluindo grupos sociais além do grupo familiar, podem desenvolver mais resiliência com o maior uso de recursos psicológicos e de proteção contra as adversidades. Além disso, se tornam menos propensas aos danos causados pelo preconceito e estigma social. Ainda para estes autores, após alcançarem tanto as motivações intrínsecas quanto as extrínsecas, as pessoas estariam mais dispostas a controlar a doença, o que incluiria o autocuidado físico e psicológico, cuidado esse que seria manifesto por meio da escolha de um estilo de vida saudável, continuamente gerenciando esses aspectos e garantindo, dessa forma, uma melhor qualidade de vida.

Araújo et al. (2017) referem que, para a adesão ao tratamento, essa rede de apoio também é fundamental, uma vez que pode servir para que a resiliência se desenvolva na forma de “fator individual” aliado ao fator psicossocial. Definiram resiliência como um construto que pode ser utilizado tanto na prevenção da infecção do HIV, diminuindo os comportamentos sexuais de riscos, quanto na vivência da infecção, contribuindo para a qualidade de vida mesmo após o surgimento das adversidades causadas pela infecção do vírus. Esse conceito se baseia em três perspectivas diferentes: (1) a capacidade de adaptação frente a um problema, (2) a capacidade de superar um trauma e (3) a capacidade de lidar com situações estressantes. A impossibilidade de prever, com certeza, quão rápida a infecção vai progredir para o estágio final, aliada à alternância entre fases de bem-estar e fases de grande mal-estar que podem ser seguidas por doenças incapacitantes, geram no indivíduo o abandono de suas atividades e de suas perspectivas para o futuro. A vontade de viver que as pessoas desenvolvem após sua autoaceitação, a autogestão relacionada aos cuidados com a saúde (uso correto de medicamentos, dieta saudável, etc.), alia-se à responsabilidade e um

suporte social eficaz, que é fornecido principalmente pela família, mas que também pode ser obtido com grupos de apoio/convivência e organizações.

Ainda em relação ao apoio social relacionado ao grupo familiar, Silva e Tavares (2015) consideram que a família tem uma influência forte e decisiva no cuidado de saúde para alguém infectado pelo HIV, particularmente para adesão à terapia antirretroviral, a qual requer mudanças de rotinas e hábitos em todos estejam envolvidos. A família pode estimular positivamente na autoestima, autoconfiança e autoimagem da pessoa infectada, também trazendo benefícios em relação ao tratamento e dando suporte moral, mostrando que a vida vale a pena e que não há razão para desistir de planos e projetos.

A associação da satisfação com o suporte social e a utilização de estratégias de enfrentamento comportamentais ativas relacionavam-se a uma boa adesão ao tratamento de pacientes HIV. O suporte social possui um papel importante ao amenizar as consequências negativas associadas a eventos estressantes; além disso, o apoio social insuficiente de pessoas do convívio familiar ou comunitário afeta negativamente a adesão, podendo levar a sentimentos de desesperança ou à depressão, além de estratégias de enfrentamento de esquiva (Medeiros, Silva & Saldanha, 2013). Na mesma linha, Carvalho et al. (2019), referem que o apoio social e o suporte afetivo é indicado como um meio para melhorar a adesão, embora não seja o suficiente para garantir o sucesso do tratamento. Já para Calvetti et al. (2014), a relevância do apoio social para o enfrentamento da doença apresenta-se como um fator de manutenção de adesão ao tratamento que melhora a qualidade de vida, bem como uma associação, disponibilidade e satisfação com o esse suporte social, bem-estar psicológico, adesão ao tratamento e percepção positiva da qualidade de vida.

Carvalho et al. (2019) colocam, em seu estudo sobre apoio social a relação com os serviços de saúde, a disponibilidade de uma equipe multidisciplinar, visitas domiciliares, curto espaço de tempo entre as consultas, acesso à farmácia especializada, bom

relacionamento e concordância entre médico/equipe/paciente como associadas a melhores taxas de adesão. Esses resultados apontam para a importância de uma equipe médica e multidisciplinar integradas nos serviços de referência para uma detecção precoce de não adesão.

Na perspectiva do processo de saúde e doença, muitas pessoas com HIV lidam com um impacto em sua qualidade de vida, dentro de sua própria percepção, contexto social, familiar e cultural, posição na vida, de acordo com seu sistema de valores em relação a seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações. De acordo com Calvetti et al. (2014), essa percepção da qualidade de vida relacionada à saúde envolve conceitos da própria saúde, estado funcional, psicológico, bem-estar, felicidade e satisfação de necessidades. Em seu estudo, Calvetti et al. (2014) inferem que pessoas com altos escores em apoio social e emocional apresentam escores altos em adesão ao tratamento e qualidade de vida.

Além desses fatores, a expectativa de autoeficácia, entendida como a crença da pessoa na sua capacidade para organizar e executar ações necessárias para produzir determinado resultado, como comportamentos de saúde preventivos ou de tratamento, está associada a uma melhor adesão a terapia antirretroviral (Seidl et al., 2007). Para estes autores, a expectativa de autoeficácia pode ser trabalhada e modificada, pois ela se consolida em crenças, conhecimentos e comportamentos de saúde também passíveis de mudanças. Outra variável também importante na adesão ao tratamento no campo da psicologia da saúde citada por estes autores, refere-se a autoestima. Sentimentos de menor valia podem favorecer a negligência aos cuidados de saúde, enquanto uma elevada autoestima poderia levar a crenças de invulnerabilidade, pelo fato de a pessoa possuir sentimentos excessivamente positivos sobre si mesma.

Vinculação, Retenção e Adesão ao Tratamento: uma Classificação chave na Atenção Integral à Infecção pelo HIV/Aids

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos 2018 (Brasil, 2018), o cuidado contínuo em HIV pode ser entendido como o processo de atenção aos usuários que vivem com HIV, passando pelos seguintes momentos: diagnóstico, vinculação, retenção, adesão ao tratamento e supressão da carga viral. Esses cinco momentos são representados como uma sequência de degraus na chamada “Cascata de Cuidado Contínuo do HIV”, e têm sido usados globalmente para estabelecer metas e monitorar os avanços relativos ao cuidado das pessoas vivendo com HIV/Aids. A partir dessa perspectiva, a linha do cuidado pode ser estabelecida com o sentido de acolher nos serviços da Atenção Básica aqueles pacientes que tenham um bom potencial de adesão, demonstrado por seus exames de carga viral com resultado indetectável e clinicamente estável. Aqueles pacientes que apresentam uma fragilidade no potencial de adesão, tenham histórico de abandono prévio de tratamento, falha terapêutica, evidenciado por exames com existência de carga viral, seriam mantidos nos ambulatórios especializados. A diretriz do Ministério da Saúde, definida como: “testou, tratou”, tem impactos nos diferentes serviços de saúde e para as equipes de saúde, pois há um aumento no número de pessoas em tratamento e, muitas delas, iniciam terapia antirretroviral em condição assintomática, o que traz outros desafios para a adesão e o cuidado da pessoa que vive com a infecção pelo HIV (Seidl & Remor, 2020).

Desde o advento da terapia antirretroviral, a epidemia de HIV apresentou redução das taxas de morbimortalidade, no entanto, doenças cardiovasculares, hipertensão arterial e diabetes se tornaram mais prevalentes entre essas pessoas. Com esse cenário, os serviços de HIV/Aids precisam desenvolver uma atuação multidisciplinar e contínua, como forma de

garantir um atendimento integral às pessoas vivendo com HIV. A Atenção Básica oferece ações de promoção à saúde, prevenção e tratamento de doenças, além de considerar a pessoa em sua singularidade e integralidade. Porém, o modelo de atendimento das pessoas que vivem com HIV é caracterizado por ser quase restrito aos Serviços Assistenciais Especializados (SAE), acarretando muitas vezes uma descontinuidade da assistência para as pessoas com HIV, uma vez que poucas acessam outros pontos da rede de atenção em saúde do SUS. Uma parte significativa desses serviços especializados estão operando em capacidade máxima, atendendo a demanda sem estarem nos fluxos organizados e atuando de forma isolada e, muitas vezes, invisível ao restante da rede, por não poderem regular o atendimento das demais comorbidades como acontece na rede básica (Brasil, 2018, 2017).

De acordo com a diretriz do Ministério da Saúde, os serviços especializados continuam a ter um papel fundamental, em virtude do seu conhecimento acumulado da clínica de HIV e do cuidado às pessoas com HIV, que pode e deve ser compartilhado com a Atenção Básica de Saúde (AB) e outros pontos da rede de assistência à saúde dessas pessoas. Para atingir a meta 90/90/90, é fundamental facilitar o acesso ao diagnóstico e tratamento para o HIV em todas as instâncias da rede de saúde. Diante disso, a Cascata do Cuidado Contínuo é um modelo que permite pensar na pessoa desde o seu diagnóstico até a supressão viral com uso de terapia antirretroviral (Brasil, 2018).

A vinculação é o processo que consiste no acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém-diagnosticada com HIV ao serviço de saúde. Nessa etapa, é priorizado o esclarecimento de dúvidas, avaliação do impacto do diagnóstico, a realização dos primeiros exames de estadiamento, a primeira consulta médica o mais brevemente possível e, de preferência, seu início do tratamento medicamentoso. Nesse momento, é importante avaliar o real impacto do diagnóstico para poder ofertar estratégias de acesso que permitam o seguimento da pessoa em seu cuidado de saúde. É considerado o

primeiro passo, e esses elementos, conjuntamente, promovem o desenvolvimento de uma autonomia para o cuidado contínuo (Brasil, 2018).

Já a retenção é o processo que consiste no acompanhamento clínico regular e contínuo da pessoa que vive com HIV, fortalecendo o vínculo com o serviço e a equipe de saúde de referência. Deve ser viabilizado que ela compareça às consultas, faça exames regularmente e, se estiver em terapia antirretroviral (TARV), realize também o seguimento do seu tratamento, respeitando a sua autonomia. Um paciente retido no serviço é aquele que vinculou adequadamente e realiza exames e/ou retira os medicamentos antirretrovirais sistematicamente, sem faltar às consultas.

Por fim, a adesão ao tratamento consiste na utilização ideal dos medicamentos antirretrovirais da forma mais próxima possível àquela prescrita pela equipe de saúde, respeitando as doses, horários e outras indicações, conseguindo, portanto, a supressão viral. A adesão também é um processo colaborativo que facilita a aceitação e a integração de determinado esquema terapêutico no cotidiano das pessoas em tratamento, pressupondo sua participação nas decisões sobre a terapia (Brasil, 2018; Semvua et al., 2017).

Nesse contexto, a adesão ao tratamento recebe uma atenção especial e precisa ser incrementada e estimulada. De acordo com Remor et al. (2016), a disponibilidade de ferramentas de avaliação precisas, atualizadas e abrangentes é necessária no auxílio às equipes de saúde e pesquisadores na identificação precoce de possíveis sinais de fatores de risco e proteção que precisam ser trabalhados, abordados ou personalizados na realização de ações/intervenções que reduzam os impactos que acompanham o diagnóstico da infecção pelo HIV. Apesar de protocolos mais recentes, com antirretrovirais mais potentes, indicando que a eficácia do tratamento pode ser alcançada com níveis mais flexíveis de adesão, a partir de 80% das doses prescritas, a literatura ainda tem valorizado percentuais da ordem de 90 a 95%, portanto, as exigências dos níveis de adesão à terapia antirretroviral ainda são mais

rigorosas que em tratamentos de outras enfermidades, o que representa alto custo comportamental e uma valorização de estratégias psicossociais (Seidl & Remor, 2020; Brasil, 2018).

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A infecção pelo HIV é um problema de saúde complexo que impacta o cotidiano da pessoa afetada em diferentes esferas da vida. O enfrentamento do viver nessa condição pode variar enormemente de um indivíduo para outro, contudo, essa experiência sempre é percebida com algum grau de estresse e impacto emocional. A infecção pelo HIV, vivida como uma experiência estressante, pode ter efeitos deletérios sobre a saúde, desenvolvimento humano e bem-estar do indivíduo. Estudos que explorem as influências do comportamento, de estados psicológicos e a adesão ao tratamento contribuem para a identificação de preditores psicossociais que sejam viáveis quanto ao manejo em intervenções para a superação de dificuldades e a adaptação ao contexto de adoecimento, em prol de melhores condições de saúde e de qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV e Aids. Estudos prévios (ex.: Seidl & Remor, 2020) já apontaram a contribuição dos recursos individuais de resiliência e a percepção de doença relacionada ao HIV na interação com o comportamento de adesão ao tratamento, destacando a questão de importância de um detalhamento mais preciso dos fatores de risco e proteção coadjuvantes à condição do viver com HIV.

Também Basset, Schuette, Dwyer & Moskowitz (2019) apontaram que os afetos positivos, como fatores de proteção, foram relacionados à melhor adesão a tomada de medicamentos em condições crônicas em diferentes tamanhos de estudos. Um caminho apontado é que afetos positivos podem amenizar os efeitos do estresse causados por condições crônicas e motivar o indivíduo no uso de melhores estratégias de enfrentamento, incrementando a adesão aos medicamentos. É possível que afetos positivos promovam soluções criativas para recordar da tomada de medicação e/ou auxiliar as pessoas a construir relacionamentos de apoio que estimulem o autocuidado e a adesão.

Todos esses pontos corroboram a ideia de que os fatores psicossociais são relevantes para o manejo da doença, e que a delimitação dos fatores de proteção e de risco associados à condição de HIV-positivo pode trazer grandes avanços na avaliação e acompanhamento psicológico e de saúde das pessoas com infecção pelo HIV.

CAPÍTULO II — RASTREIO DE FATORES DE RISCO E PROTEÇÃO EM PESSOAS COM INFECÇÃO PELO HIV ASSOCIADOS À ADESÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NA REDE BÁSICA DE SAÚDE E AMBULATÓRIO ESPECIALIZADO

Dados apresentados pela UNAIDS (www.unaids.org) afirmam que 38 milhões de pessoas estavam vivendo com HIV/Aids em todo o mundo no ano de 2019 e que o acesso universal aos antirretrovirais foi capaz de provocar uma desaceleração no número de novas infecções. Entretanto, a retenção dessas pessoas aos cuidados e serviços de saúde ainda é menor que o desejado para que se estabeleça o real controle da epidemia. De acordo com Blanco, Lavoie, Koech, Riedel, Ngeno, Adebajo, Ludeman e Stafford (2021), 43% das novas transmissões do HIV, nos Estados Unidos, são através de pessoas que sabem de sua infecção, mas não estão em tratamento. Além disso, a proporção de pessoas não retidas nos serviços de saúde para os cuidados do HIV circula em torno de 42% dessa população.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – PCDT (Brasil, 2018), a continuidade do cuidado em HIV precisa, logo após o diagnóstico, vincular o sujeito ao serviço de saúde, ser capaz de entender sua individualidade para retê-lo na continuidade de seu tratamento para alcançar uma boa adesão com indicativo de supressão viral. Segundo Blanco et al. (2021), Fumaz et al. (2019), pessoas aderidas ao tratamento apresentam menor vulnerabilidade a infecções oportunistas, melhor qualidade de vida e expectativa de vida semelhante àquelas das pessoas não infectadas pelo vírus. O uso adequado de terapia antirretroviral (TARV) descortina outras questões que implicam no cuidado da pessoa que vive com HIV, como dar conta das consequências cardiovasculares, diabetes e doenças reumáticas, entre outras, que acometem pessoas que se submetem ao tratamento medicamentoso contínuo de uma doença crônica.

Nessa condição, compreender o que significa adesão ao tratamento antirretroviral vai além do que define o seguimento ótimo das prescrições médicas. Uma boa adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta e uma relação com a equipe, que acolhe o sujeito em sua individualidade, inclui a compreensão e aceitação do diagnóstico, a concordância com o tratamento proposto, além de características próprias do paciente em lidar com sua saúde. Sendo assim, a adesão ao tratamento é uma condição dinâmica e multideterminada, com a corresponsabilidade do paciente e do profissional, sendo influenciada pelo contexto social e transpassada pela relação de confiança com a equipe de atendimento de saúde (OMS, 1946, Carvalho, Barroso, Coelho & Penaforte, 2019; Costa-Villares, Casseb, Gascon & Fonseca, 2018; Semvua et al., 2017; Polejack & Seidl, 2010). Para Fumaz et al. (2019), estudos têm apontado no sentido de que tanto fatores biomédicos quanto aspectos psicológicos (como depressão, apoio social, empoderamento) são relevantes para prever uma boa adesão ao tratamento e a qualidade de vida relacionada à saúde.

Estudos apontam que a prevalência dos transtornos mentais entre pessoas infectadas pelo HIV tem uma estimativa de 63% em comparação com 31% na população geral (Byrd et al., 2020). Portanto, o sofrimento emocional pode impactar o dia a dia da pessoa que vive com HIV/Aids e a sua forma de lidar com seu próprio tratamento. Entre as questões de sofrimento psíquico mais comuns estão a depressão e os transtornos ansiosos que se associam ao autocuidado empobrecido, sendo essas pessoas menos prováveis de ficarem retidas nos serviços de saúde (Basset e Schuette, 2019; Byrd et al., 2020). Segundo estes autores, pessoas vivendo com HIV podem apresentar duas a sete vezes maior probabilidade de desencadear um processo depressivo do que a população geral.

Outros estudos como Carvalho et al., (2019), Remor et al., (2016), Seidl e Remor (2020), sugerem que várias características cognitivas, comportamentais, emocionais e psicológicas são fatores relevantes associados a uma conduta de adesão ao tratamento.

Características que podem ser consideradas negativas (p. ex.: percepção de doença, depressão, estresse) que vulnerabilizam, fragilizam e podem ser preditoras de uma baixa adesão, e características positivas (p. ex.: resiliência, apoio social), que podem proteger, reforçar e serem preditoras de uma boa adesão ao tratamento de saúde. Especificamente para Carvalho et al. (2019), sofrimento psíquico, estresse, vivência de violência, ansiedade e angústia, transtornos depressivos, de pânico e catastrofização da dor são considerados características emocionais negativas, que estão associadas a uma frágil adesão aos cuidados de saúde. Já as características relacionadas à motivação e atitude, crenças pessoais, autoeficácia, estratégias positivas de enfrentamento de problemas, resiliência e qualidade de vida estão associadas a uma condição de boa adesão ao tratamento.

Ainda, condições de estresse percebido, transtornos de ansiedade, humor deprimido, entre outras condições emocionais, podem contribuir para que a resposta imunológica do organismo seja diminuída, favorecendo o surgimento de doenças oportunistas. No que se refere a pessoas que vivem com HIV/Aids, tal condição é considerada um complicador, posto que o sistema imunológico já está fragilizado pela presença do vírus (Medeiros, Silva & Saldanha, 2013; Remor, Penedo, Shen & Schneiderman, 2007).

Além disso, a percepção das interações sociais pode incrementar a autoestima, o autorrespeito, a autoconfiança e reduzir a percepção de estigma. Portanto, conhecer a respeito das relações de apoio/suporte social para a pessoa que vive com HIV é um outro fator de relevância para promoção de uma melhor adesão ao tratamento, qualidade de vida e bem-estar. O apoio social auxilia pessoas com doenças crônicas, como o HIV, a se adaptarem com sua condição de saúde e podem mitigar o impacto de situações de preconceitos e discriminatórias, contribuindo para uma melhor adesão ao tratamento e um incremento na qualidade de vida. Além disso, o apoio social contribuiu para o enfrentamento a mudanças,

diminuição de sintomas de ansiedade e melhores avaliações da vida (Calvetti et al., 2014; Castrighini et al., 2013; Medeiros, Silva & Saldanha, 2013).

Diante desse contexto, dispor de ferramentas capazes de avaliar preditores psicossociais é de extrema relevância para que sejam mapeadas individualmente as vulnerabilidades de cada indivíduo e, a partir daí, construídas estratégias personalizadas e eficazes na promoção da retenção e adesão ao tratamento das pessoas que vivem com HIV/Aids. O estudo de Blanco et al. (2021) sugere que a retenção do sujeito nos serviços de saúde é a chave principal para o sucesso do cuidado contínuo da pessoa que vive com HIV. Destaca que estratégias centradas no paciente sustentam a continuidade do cuidado para conquistar a supressão viral e que, portanto, o conhecimento dos fatores envolvidos no processo de retenção e adesão deve incrementar o engajamento do próprio paciente no seu cuidado de saúde.

Nesse sentido, segundo Remor et al. (2016), a disponibilidade de ferramentas de avaliação precisas, atualizadas, abrangentes e confiáveis é necessária no auxílio às equipes de saúde e demais profissionais envolvidos no cuidado de saúde, para a identificação precoce de possíveis sinais de fatores de proteção e de risco a serem trabalhados, abordados ou personalizados em estratégias, ações e intervenções que possam reduzir e/ou minimizar os impactos que acompanham o diagnóstico da infecção pelo HIV. Desse modo, a adaptação de um instrumento já existente agrega vantagens consideráveis numa pesquisa, pois permite a comparação de dados em diferentes amostras, sob diferentes contextos e culturas, o que possibilita maior equilíbrio no processo de avaliação de uma mesma medida de um construto seguindo uma mesma perspectiva teórica e metodológica (Bandeira, Borsa & Damásio, 2012).

Dadas as considerações, o presente estudo teve como objetivos: (a) traduzir o instrumento Screenphiv (*Screening measure for psychological issues related HIV infection*)

para o português falado no Brasil; (b) identificar as propriedades psicométricas preliminares do instrumento Screenphiv, mediante análise descritiva dos escores do instrumento, análise de fidedignidade, identificação de evidências de validade de construto e relacionadas à validade de um critério externo (características clínicas); (c) identificar as possíveis diferenças de perfis de risco e proteção dos pacientes HIV em função da adesão aos cuidados de saúde na rede básica de saúde e ambulatório especializado; (d) identificar fatores psicossociais indicativos de boa adesão no acompanhamento para o HIV na rede básica de saúde; e (e) classificar pacientes que pertençam aos grupos de vinculados/retidos e aderidos a partir dos escores do instrumento Screenphiv.

MÉTODO

Contextualização do Estudo e Delineamento

Considerando a política de assistência à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS em valorizar estratégias que incrementem a adesão à terapia antirretroviral, a presente dissertação de mestrado realizou um estudo transversal para identificar as possíveis diferenças de perfis associados às características psicossociais protetivas e de risco para uma boa adesão no acompanhamento da pessoa que vive com HIV na rede pública de saúde. Buscou-se, através da identificação desses perfis psicossociais de proteção e risco, estabelecer entre os participantes possíveis características atribuídas à classificação ao grupo de vinculados/retidos ou ao grupo de aderidos com supressão viral (classificação utilizada nos serviços especializados em HIV/AIDS). Considerando que a ferramenta para a avaliação do perfil psicossocial de risco e proteção não estava validada para uso no Brasil, procedeu-se a adaptação para o português falado no Brasil do instrumento SCREENPHIV (Screening measure for psychological issues related HIV infection, no original) e tradução livre para o português: Medida de rastreio de aspectos psicológicos relacionados com a infecção pelo HIV. Também foram coletados outros dados, incluindo indicadores de adesão dos sistemas de acompanhamento do cuidado clínico do HIV como: situação da carga viral, histórico de abandono, tomada de medicamento antirretroviral e estado de bem-estar subjetivo para completar a avaliação e poder descrever o perfil associado à classificação dos participantes em função da condição de vinculados/retidos ao serviço de saúde ou à condição de aderidos com supressão viral.

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE: 34087020.3.0000.5334). Inicialmente, o estudo foi concebido para coletar os dados em três ambulatórios de

atendimento a pessoas vivendo com HIV/AIDS, sendo um em Porto Alegre como referência Estadual e outros dois em municípios da região metropolitana (Viamão e Alvorada). No projeto, o Estudo 1 (objetivos “a” e “b”) propunha a aplicação do instrumento traduzido em uma amostra maior e multicêntrica, de 630 pacientes, para desenvolver-se os procedimentos de validação do instrumento para o Brasil. Entretanto, no início do ano de 2020, fomos acometidos pela pandemia do Coronavírus, o que ocasionou uma nova organização dos serviços de saúde. Houve diminuição da circulação de pessoas, nova organização dos atendimentos eletivos, sendo priorizados as situações de maior urgência, a condição de isolamento social e a realização de atividades a distância prioritariamente, situação que permanece até esse momento (julho de 2021).

Diante dessa condição de pandemia, procedeu-se com a revisão dos objetivos, diminuição da coleta de dados, desenvolvendo a adaptação do instrumento Screenphiv e estudo psicométrico limitado a 200 pacientes, sendo 186 coletados presencialmente no Serviço de Assistência Especializado em IST/AIDS Herbert de Souza de Viamão (SAE) e 14 pessoas vivendo com HIV/AIDS vinculadas a Organizações Não Governamentais (ONG), que foram convidadas pelo pesquisador e tiveram acesso ao instrumento através do link em meio eletrônico disponibilizado pela plataforma Survey Monkey para coleta online. Completou-se a pesquisa com os objetivos “c”, “d” e “e” referentes ao Estudo 2 do projeto, com a mesma amostra coletada para o Estudo 1.

Tradução e adaptação do Instrumento SCREENPHIV para a Presente Pesquisa

O procedimento de tradução e adaptação do Screenphiv usado nesta pesquisa seguiu as diretrizes da literatura especializada (Gorenstein, Wang & Hungerbühler, 2016; Bandeira, Borsa & Damásio, 2012; Morgado et al., 2018). Especificamente, o processo de adaptação realizado constituiu-se das seguintes etapas: (1) Tradução do instrumento original em

espanhol para o português falado no Brasil (com três tradutores independentes); (2) Reconciliação (Reconciliation), síntese e consenso das três versões traduzidas; (3) Tradução reversa (Back-translation) por um tradutor independente; (4) Avaliação do instrumento pelo público-alvo; (5) Harmonização (Harmonization), reunião de consenso sobre todo o processo, revisão das diferentes versões e ajustes finais; (6) Estudo piloto com oito pacientes; e (7) Avaliação preliminar das propriedades psicométricas do instrumento.

Screenphiv (Screening measure for psychological issues related HIV infection)

O Screenphiv (Screening measure for psychological issues related HIV infection, no original) é um instrumento para avaliação de fatores psicossociais protetivos e de risco relacionados ao bem-estar e qualidade de vida de pessoas com HIV, desenvolvido na Espanha com a participação de 744 pessoas vivendo com HIV, com idades entre 18 e 83 anos, homens e mulheres (Remor et al., 2016). Foi construído utilizando uma metodologia centrada no paciente, a partir do método qualitativo de grupos focais, uma revisão ampla da literatura sobre preditores psicossociais de bem-estar e qualidade de vida associada ao HIV e um estudo piloto. Como etapa requisito da construção de um instrumento, foram gerados itens a serem avaliados, com uma escala de tipo EVA (Escala Visual Analógica) de 0 a 100 e, posteriormente, submetidos a uma avaliação de juízes peritos no assunto, além de uma avaliação por pessoas que vivem com HIV. Ao final, ficou composto por 63 itens distribuídos em duas dimensões (proteção e risco) e seis fatores associados: F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV [risco]; F2 – Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo [protetivo]; F3 – Mudança cognitiva relacionada ao HIV (reavaliação positiva) [protetivo]; F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva a apoio social [protetivo]; F5 – Percepção de rejeição relacionada ao HIV e enfrentamento de evitação [risco]; F6 – Experiência pessoal de rejeição [risco]. Na versão original, a fidedignidade

variou entre 0,75 e 0,92. a estrutura de 6 fatores e 2 dimensões/fatores de segunda ordem (fatores de risco e fatores de proteção, foi confirmada com AFC — Análise Fatorial Confirmatória (Remor et al., 2016).

Este instrumento foi traduzido e adaptado para o português falado no Brasil para presente pesquisa. A seção de resultados apresenta algumas informações psicométricas que foram possíveis de identificar sobre o instrumento na população brasileira considerando o contexto deste estudo e a quantidade de dados coletados.

World Health Organization-Five Well-Being Index – WHO-5

O WHO-5 é um instrumento internacional usado para medir bem-estar, disponibilizado pela Organização Mundial da Saúde (OMS), desenvolvida em 1995, a primeira versão breve era composta por dez itens e foi nomeada de WHO-10 (Toop, Ostergaard, Sondergaard & Bech, 2015). Nesse mesmo ano, também foi concebida uma escala com cinco itens, denominada WHO-5, que foi revisada e intitulada de WHO-5 (versão-2) em 1998. A versão WHO-5 foi apresentada na sua forma atual pelo Escritório Regional da OMS na Europa em uma reunião de 1998 em Estocolmo. Fez parte de um estudo multicêntrico europeu com objetivo de avaliar medidas de bem-estar na atenção primária à saúde. Desde então, WHO-5 foi validada em vários estudos com relação à validade clínica e psicométrica (Marques, 2009; Souza, Carvalho & Hidalgo, 2016). Portanto, o WHO-5 é uma pequena medida autorreferida de bem-estar mental. Possui cinco itens classificados na escala Likert de 6 pontos, apresentando qualidade de vida subjetiva com base no humor positivo (bom humor, relaxamento), vitalidade (estar ativo e acordar fresco e descansado) e interesse geral (estar interessado nas coisas). Pontuações mais altas significam melhor bem-estar. A utilização desse instrumento servirá como informação para estabelecer evidências de validade convergente e divergente em relação às dimensões do Screenphiv (risco e proteção).

A pontuação bruta é calculada pela soma dos valores das cinco respostas. Pode ter valores de 0 a 30, em que 0 representa a pior e 30 a melhor qualidade de vida possível. Para se obter uma pontuação sob a forma de porcentagem, multiplica-se a pontuação bruta por 4. Em valores percentuais, 0 representa a pior e 100 representa a melhor qualidade de vida possível (Souza, Carvalho & Hidalgo, 2016).

Visual Analogue Scale (VAS) – Medication Adherence / Escala Visual Analógica (EVA) – Adesão à Medicação

Escala Visual Analógica (EVA) para adesão à medicação, de Kalichman, Amaral Swetzes, Jones, Macy, Kalichman e Cherry (2009), foi desenvolvida como uma medida de autorrelato de um item para a avaliação da adesão à medicação. Uma pergunta única foi traduzida e adaptada para o português brasileiro pelo Prof. Eduardo Remor para o presente estudo.

A EVA pede que os indivíduos marquem uma linha no ponto ao longo de um *continuum* mostrando a quantidade de cada medicamento que tomaram no mês anterior. Para a administração informatizada (Survey Monkey) adaptou-se o formato de resposta utilizando uma ferramenta de barra deslizante de 100 pontos, ancorada em 0%, 50% e 100%. As instruções específicas são as seguintes: “Ficariamos surpresos se a maioria das pessoas tomasse 100% dos medicamentos. Abaixo, 0% significa que você não tomou tratamento antirretroviral no mês anterior, 50% significa que você tomou metade do seu tratamento antirretroviral no mês anterior e 100% significa que você tomou todas as doses no mês anterior. Que porcentagem do seu tratamento antirretroviral você tomou?” Os participantes indicaram a porcentagem de medicamentos tomados clicando com o mouse em qualquer lugar no *continuum* da barra deslizante de 100 pontos.

Dados sociodemográficos e clínicos

Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados através de um questionário de perguntas incluídas no final do protocolo de avaliação. As informações colhidas incluíram idade, sexo, orientação sexual e situação conjugal, raça/cor, escolaridade e situação laboral, consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e outras), prática religiosa (sim/não), tempo de diagnóstico (anos), local de tratamento, histórico de abandono (sim/não), uso de medicação antirretroviral (sim/não), carga viral indetectável (sim/não).

Procedimentos

A coleta ocorreu presencialmente no Serviço de Assistência Especializada em IST/HIV/AIDS Herbert de Souza (SAE). Os participantes do estudo foram convidados pelo pesquisador a responder o questionário enquanto aguardavam para atendimento de coleta de exames de controle para a infecção do HIV e/ou para atendimento em consulta com o profissional infectologista. Nesse momento eram dadas informações gerais do estudo, seus cuidados éticos e esclarecimentos de que não participar não traria nenhum prejuízo no seguimento do atendimento.

Após a concordância voluntária, os participantes foram encaminhados a uma sala individualmente, onde se sentaram frente a um computador ou tablet para responder ao protocolo de pesquisa. Antes de iniciar o protocolo, os participantes assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e, somente então, iniciaram o protocolo de avaliação com os questionários em meio digital, através do link de acesso da Plataforma Survey Monkey.

Foi oferecido auxílio do pesquisador para a leitura das perguntas no meio digital e marcando a resposta dada pelo participante, ficou a critério do participante responder sozinho ou com auxílio do pesquisador, sendo a condição de auxílio a preferida pela maioria.

Para os participantes vinculados a Organizações Não Governamentais (ONGs), estes responderam o protocolo digitalmente, a distância, através do link de acesso da Plataforma Survey Monkey. Os protocolos em ambos os casos eram idênticos.

Plano de análise e técnicas estatísticas empregadas

O tratamento estatístico dos dados foi realizado com o auxílio do programa estatístico *Statistical Package for Social Sciences* versão 25.0 (SPSS Inc., Chicago, IL, USA, 2018) para Windows. A apresentação dos resultados ocorreu pela estatística descritiva através das distribuições absoluta e relativa (n — %), bem como pelas medidas de tendência central (média e mediana) e de variabilidade (desvio padrão e amplitude interquartis), o estudo da simetria das distribuições contínuas realizado pelo teste de *Kolmogorov-Smirnov*.

O estudo da confiabilidade da escala foi realizado pelo coeficiente ômega (Ω) de McDonald, através do Programa Estatístico R versão 3.3.1. Seu cálculo é baseado na proporção da variância comum dos itens do instrumento (McDonald, 1999), que tende a captar a confiabilidade interitens sem viés e, em geral sua estimativa é superior ao do alfa de Cronbach, que subestima a verdadeira confiabilidade (Revelle & Zinbarg, 2009). Como critério de classificação, os valores considerados aceitáveis são entre 0,600 e 0,950. Valores menores que 0,600 podem não ser suficientes para demonstrar a consistência interna de um instrumento e valores muito elevados podem indicar redundância entre os itens (McDonald, 1999; Hair, 2009).

RESULTADOS

Descrição da Amostra

Os resultados apresentados referem-se a uma amostra de 200 investigados com idades variando de 18 a 83 anos, e média estimada em 44,5 ($dp = 13,7$) anos. Sobre a melhor definição para identidade de gênero, 66,0% ($n=124$) se declararam mulheres; 32,4% ($n=61$) homens e, ainda, 1,6% ($n=3$) optaram em se caracterizar como mulher trans. Em relação à orientação sexual, a grande maioria se declarou heterossexual, 83,0% ($n=156$).

No que se refere ao nível de instrução, foi utilizada uma divisão em anos de frequência, como os dados são avaliados pelo Ministério da Saúde. Considerando assim, 25,5% ($n=48$) respondeu ter entre 10 e 12 anos de estudos, o que condiz com uma escolaridade de ensino médio. Entretanto, 19,1% ($n=36$) declarou ter entre 7 e 9 anos de escolaridade e, 17,0% ($n=32$) declarou ter entre 4 e 6 anos de estudo, dado que agrupado corresponde à maioria da amostra, com 36,1% ($n=68$) com ensino fundamental.

Considerando o quesito de raça/cor, 55,3% ($n=104$) se declararam brancos, enquanto, 41,1% ($n=78$) se declararam pretos/pardos. Sobre a situação laboral, 30,8% ($n=58$) estavam empregados, enquanto 28,2% ($n=53$) relataram estar desempregados. As situações conjugais referentes a viver com parceiro(a) fixo(a) e viver sozinho(a) prevaleceram na amostra, representando 48,9% ($n=92$) e 47,9% ($n=90$), respectivamente. A prática de alguma religião foi confirmada por 61,7% ($n=116$) dos participantes.

No que se refere às informações clínicas, o tempo médio de diagnóstico foi de 10,7 ($dp = 7,7$) anos [mediana (1º — 3º quartil): 10,0 (4 – 17)]. O uso de antirretroviral alcançou 97,9% ($n=184$) da amostra; o abandono do tratamento para HIV foi confirmado por 34,6% ($n=65$). A situação de carga viral indetectável ocorreu em 82,4% ($n=155$) dos casos. Quanto ao local em que é realizado o tratamento, o predomínio foi do SAE Viamão, 92,6% ($n=174$),

prevalência que se justifica em função das restrições de acesso à população investigada devido à condição da pandemia do Coronavírus e alguns dados ausentes omitidos pelos participantes.

O hábito tabagista atualmente foi observado em 29,3% (n=55), no entanto, 20,2% (n=38) relataram ser ex-tabagistas. Quando questionados sobre o uso de alguma substância psicoativa, alcançou 61,1% (n=115). Sobre este grupo, as substâncias mais consumidas foram álcool, 80,0% (n=92), considerado de uso recreativo, e maconha, 9,6% (n=11).

Tabela 1. Descrição do perfil sociodemográfico dos participantes do estudo

Variáveis	Amostra (n=200) ^A	
	n	%
Idade (anos) ^C		
Média ± desvio padrão (amplitude)	44,5±13,7 (18 — 83)	
Mediana (1 ^o -3 ^o quartil)	45,0 (34,0 — 55,0)	
Melhor opção que define sua identidade de gênero ^C		
Mulher	124	66,0
Mulher trans	3	1,6
Homem	61	32,4
Orientação sexual ^C		
Heterossexual + OUTRO	159	84,6
Homossexual (gay, lésbica)	21	11,2
Bissexual	5	2,7
Não sabe	3	1,6
Anos que frequentou a escola ^C		
1 a 3 anos de escolaridade EF	11	5,9
4 a 6 anos de escolaridade	32	17,0
7 a 9 anos de escolaridade	36	19,1
10 a 12 anos de escolaridade	48	25,5
Ensino técnico completo	26	13,8
Ensino superior incompleto	19	10,1
Ensino superior completo	14	7,4
Pós-graduação	2	1,1
Raça/cor que se identifica ^C		
Preta	40	21,3
Branca	104	55,3
Parda	38	20,2
Outra	6	3,3
Situação laboral ^C		
Empregado	58	30,8
Desempregado	53	28,2
Autônomo	34	18,1
Benefício social	31	16,5
Outro	12	6,4
Situação conjugal ^C		
Sozinho/a	90	47,9

Com parceiro/a fixo/a	92	48,9
Sem parceiro/a fixo/a	6	3,2
Tempo de diagnóstico do HIV^c		
Média ± desvio padrão (amplitude)	10,7±7,7 (1 — 31)	
Mediana (1º-3º quartil)	10,0 (4,0 – 17,0)	
Uso de antirretroviral^c		
Sim	184	97,9
Não	4	2,1
Em algum momento abandonou o tratamento para o HIV^c		
Sim	65	34,6
Não	123	65,4
Atualmente a carga viral está indetectável		
Sim	155	82,4
Não	33	17,6

Nota: A: Percentuais obtidos com base no total de respostas válidas; B: Distribuição assimétrica (Kolmogorov Smirnov; $p < 0,05$).

C: Dados ausentes: Idade, Melhor opção que define sua identidade de gênero, Orientação sexual, Anos que frequentou a escola, Raça/cor que se identifica; Situação laboral, Situação conjugal, Tempo de diagnóstico do HIV, Local em que se trata do HIV, Uso de antirretroviral, Em algum momento abandonou o tratamento para o HIV, Atualmente a carga viral está indetectável, Uso de alguma substância psicoativa; Praticante de alguma religião: 12(6,0%).

Descrição das Informações Coletadas com os Instrumentos de avaliação

Adesão à Medicação Antirretroviral

Considerando a informação referente à Escala Visual Analógica (EVA/VAS – Medication Adherence) para adesão à medicação, o escore médio foi de 88,7% ($dp = 22,5$), ou seja, a amostra caracterizou-se por tomar a medicação antirretroviral muito próximo dos níveis considerados para boa adesão (acima de 90% da prescrição) no mês anterior. De acordo com a estimativa do primeiro quartil, 75% dos investigados cumpriram com mais de 92% do tratamento.

Bem-Estar Subjetivo

Sobre a escala WHO-5, a média foi de 13,6 ($dp = 6,2$) pontos. Considerando que o ponto de corte para o WHO-5 em estudos brasileiros é 13, onde o escore abaixo de 13 indica um baixo bem-estar e recomenda uma investigação clínica adicional para depressão (Souza & Hidalgo, 2012), a média e mediana do grupo indicou níveis aceitáveis de bem-estar psicológico. Porém, cabe destacar que 82 participantes (41,8%) obtiveram um escore de 12

ou inferior no instrumento, sugerindo a necessidade de uma investigação específica para a depressão.

Para avaliação da consistência interna dos itens da escala WHO-5, calculada pelo coeficiente ômega de McDonald (Ω_{McD}), a estimativa foi considerada satisfatória ($\Omega = 0,871$).

Tabela 2. Descritivos dos instrumentos VAS- Adesão e WHO-5

Escalas	Estimativas					Ômega (Ω C) de McDonald
	Média	Desvio padrão	Quartil			
			Mediana	1°	3°	
VAS-Adesão	88,7	22,5	98,0	91,0	100,0	- — -
WHO5 TOTAL ^B	13,6	6,2	14,0	8,0	18,0	0,871

Nota: B Distribuição assimétrica (Kolmogorov Smirnov; $p < 0,05$).

Fatores Psicossociais Protetivos e de Risco Relacionados ao Bem-Estar e Qualidade de Vida de Pessoas com HIV

Nas informações da escala Screenphiv, sobre os resultados referentes à confiabilidade dos fatores, todas as estimativas se mostraram aceitáveis ($\Omega \geq 0,600$), indicando não haver comprometimento da consistência interna. Os maiores coeficientes ocorreram nos fatores F3 — Mudança cognitiva relacionada ao HIV [reavaliação positiva] ($\Omega = 0,858$), F2 — Atitude de crescimento pessoal/ enfrentamento positivo ($\Omega = 0,791$) e F1 — Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV ($\Omega = 0,777$). Quanto às menores estimativas, essas ocorreram nos fatores F4 — Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social ($\Omega = 0,602$), F5 — Percepção de rejeição relacionada ao HIV e enfrentamento de evitação ($\Omega = 0,633$) e F6 — Experiência pessoal de rejeição ($\Omega = 0,644$). No que se refere à consistência interna para as dimensões de Risco e de Proteção, as estimativas identificaram coeficientes aceitáveis ($\Omega = 0,684$) e satisfatórios ($\Omega = 0,787$), respectivamente.

No que se refere aos escores médios dos fatores, verificou-se que as médias foram mais elevadas no F4 — Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social (75,7±21,0 / Mediana = 83,3), F3 — Mudança cognitiva relacionada ao HIV [avaliação positiva] (73,1±25,2 / Mediana = 81,9) e F2 — Atitude de crescimento pessoal/enfrentamento positivo (69,7±19,8) / Mediana = 73,0), todos representando a dimensão de proteção (72,0±19,9 / Mediana = 77,6). Em relação à dimensão de risco (43,2±20,5 / Mediana = 42,3), a média mais elevada ocorreu no F5 — Percepção de rejeição relacionada ao HIV/enfrentamento de evitação (65,0±24,0 / Mediana = 64,8) e a menor no F6 — Experiência pessoal de rejeição (34,6±24,5 / Mediana = 30,6).

Tabela 3. Screenphiv: Descritivos e Confiabilidade

Dimensões/ Fatores (F1, F2, F3, F4, F5 e F6) e Facetas	Estimativas					Ômega (ΩC) de McDonald
	Média	Desvio padrão	Quartil			
			Mediana	1°	3°	
Dimensão de Risco	43,2	20,5	42,3	25,9	59,4	0,684
F1 Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	40,1	23,7	37,7	19,6	58,9	0,777
F1 Satisfação com a atividade sexual	40,3	35,7	31,7	5,4	69,8	0,856
F1 Estigma internalizado	34,7	33,3	27,8	1,8	63,3	0,790
F1 Estresse relacionado ao HIV	41,0	34,7	35,0	5,8	70,7	0,854
F1 Ânimo depressivo relacionado ao HIV	35,7	31,6	32,5	4,0	59,0	0,818
F1 Solidão emocional	33,9	32,4	30,7	1,0	62,2	0,812
F1 Preocupações Econômicas	30,1	33,4	17,2	1,0	50,7	0,841
F1 Representação da doença HIV	65,1	24,9	66,7	53,7	83,3	0,604
F5 Percepção de rejeição relacionada ao HIV e enfrentamento de evitação	65,0	24,0	64,8	49,7	84,5	0,633
F5 Enfrentamento de evitação	72,0	27,9	80,0	51,5	95,0	0,647
F5 Estigma declarado/ percepção de rejeição no contexto	81,1	26,7	92,8	75,0	100,0	0,817
F6 Experiência pessoal de rejeição	34,6	24,5	30,6	17,3	52,0	0,644
F6 Imagem corporal — desfiguração	38,2	29,1	33,8	13,5	63,0	— — —
F6 Estigma — experiência pessoal de rejeição	29,1	32,3	18,8	0,1	50,0	0,627
Dimensão de Proteção	72,0	18,9	77,6	59,2	87,3	0,787
F2 Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo	69,7	19,8	73,0	57,9	84,6	0,791
F2 Comportamento saudável	56,2	30,9	54,7	31,7	86,7	0,731

F2 Imagem corporal — satisfação	66,4	33,1	80,3	41,5	95,0	0,948
F2 Conhecimento da doença	69,5	27,9	77,3	53,9	93,3	0,776
F2 Enfrentamento de resolução de problemas	77,3	27,1	87,8	66,4	97,9	0,815
F2 Autonomia pessoal	80,0	24,4	90,5	67,4	100,0	0,666
F2 Autoestima	71,9	27,9	80,0	51,5	95,0	0,701
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV [reavaliação positiva]	73,1	25,2	81,9	55,1	93,8	0,858
F3 Reavaliação positiva	71,1	32,8	88,3	49,8	99,0	0,858
F3 Otimismo	77,9	28,5	92,0	59,3	100,0	0,854
F3 Significado pessoal	71,3	26,9	76,2	56,7	96,1	0,705
F3 Mudança de valores pessoais	73,5	30,1	86,7	54,7	98,9	0,868
F4 Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social	75,7	21,0	83,3	62,3	92,4	0,794
F4 Apoio social	74,1	26,7	83,5	57,8	96,3	0,756
F4 Ativismo relacionado ao HIV	23,3	33,3	1,7	0,0	39,9	0,889

Notas: B Distribuição assimétrica (Kolmogorov Smirnov; $p < 0,05$).

Abandono do tratamento para o HIV e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos ARV e bem-estar subjetivo

Os escores da escala Screenhiv foram comparados em relação à variável abandono do tratamento para HIV e não foram identificados resultados estatisticamente significativos, tanto nas dimensões quanto nos fatores individualmente. Observa-se, portanto, que as situações e contexto que levam ao abandono do tratamento podem não estar associadas a características psicossociais específicas, como aquelas representadas no instrumento Screenhiv. Os resultados são apresentados na Tabela 4.

Quando comparamos a variável abandono do tratamento com a escala visual analógica VAS-Adesão, identificamos uma relação estatisticamente significativa na qual não ter histórico de abandono se reflete em escores altos na tomada de medicamento antirretroviral. Ainda na Tabela 4, em relação à variável tempo de tratamento com abandono de tratamento, percebemos que o tempo de diagnóstico, tempo de doença, foi relacionado ao

histórico de abandono, sugerindo que o impacto de uma doença crônica interfere na adesão ao tratamento de forma continuada.

Tabela 4. Relação entre abandono do tratamento HIV, fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos ARV, idade, tempo de diagnóstico e bem-estar subjetivo

Screenphiv	Abandono do tratamento HIV						Estatísticas de teste	
	Sim(n=65)			Não (n=123)			MW-U	p ^B
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana		
Dimensão de Risco	46,7	21,2	45,6	41,6	20,0	41,9	-1,512	0,131
F1 Experiência de sofrimento emocional relativo ao HIV	44,1	25,0	69,1	38,3	22,9	76,1	-1,415	0,157
F5 Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ Enfrentamento de Evitação	68,5	22,6	66,6	63,6	23,9	64,6	-1,218	0,223
F6 Experiência pessoal de rejeição	35,6	25,6	32,6	33,1	23,9	30,0	-0,551	0,582
Dimensão de Proteção	70,1	20,0	75,7	73,8	16,6	77,6	-0,910	0,363
F2 Atitude crescimento pessoal/ enfrentamento positivo	66,8	21,1	40,0	72,1	17,6	37,0	-1,410	0,158
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV - reavaliação positiva	72,3	25,3	74,2	74,2	24,4	83,6	-0,288	0,774
F4 Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio social	74,4	21,2	83,3	77,2	19,0	83,3	-0,606	0,545
VAS-Adesão	77,8	31,0	92,0	94,5	14,9	100,0	-5,263	<0,001
Idade	43,8	13,8	45,0	44,9	13,7	45,0	-0,527	0,598
WHO 5 (bem-estar)	12,9	6,4	14,0	14,1	6,3	15,0	-1,146	0,252
Tempo diagnóstico (em anos)	12,5	7,4	11,0	9,7	7,7	7,0	-2,625	0,009

Nota: B: Teste Mann Whitney U

Situação de controle da doença (Carga Viral) e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos e bem-estar subjetivo

Quando a variável carga viral foi comparada a escala Screenphiv, de acordo com a Tabela 5, ocorreu diferença estatística significativa no F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV ($U = -2,917$; $p < 0,001$), apontando escores mais elevados no grupo que **não** possui carga viral indetectável, o que sugere que o sofrimento psíquico

interfere na adesão a tomada de medicamento antirretroviral. Na Dimensão de Risco como um todo, houve diferença significativa, que também mostrou escores mais elevados sobre os casos que **não** possuem carga viral indetectável ($U = -2,671$; $p=0,008$). Esses dados sugerem que o F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV elevam os escores da Dimensão de Risco quando comparados com não estar com carga viral indetectável.

A Dimensão de Proteção também apresentou diferença estatística significativa em relação à carga viral ($U= -3,678$; $p<0,001$), onde os casos com carga viral indetectável concentraram escores mais elevados, sugerindo haver uma relação de dependência entre essas variáveis. Resultados significativos se estenderam a todos os fatores da dimensão proteção, analisados individualmente conforme consta na Tabela 5.

A variável carga viral também foi comparada ao tempo de diagnóstico e a idade e, nas duas situações, foram identificadas diferenças estatisticamente significativas. Com ambas as variáveis, a média foi superior entre os casos com carga viral indetectável, sugerindo que com mais tempo de diagnóstico e mais idade torna-se mais comum manter a carga viral indetectável. Além disso, a variável carga viral indetectável apresenta escores estatisticamente significativos quando comparados às escalas VAS-Adesão e WHO-5, o que indica uma melhor adesão como um todo, sugerindo novamente uma relação de dependência entre essas variáveis.

Tabela 5. Situação da carga viral e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos antirretrovirais, idade, tempo de diagnóstico e bem-estar subjetivo

Screenphiv e outras variáveis	Carga Viral Indetectável						U	p ^B
	Sim(n=155)			Não (n=33)				
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana		
Dimensão de Risco	41,6	20,5	40,8	51,4	18,4	58,1	-2,671	0,008
F1 Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	38,1	23,6	76,1	51,0	21,9	58,6	-2,917	<0,001
F5 Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ enfrentamento de evitação	64,2	23,7	63,0	70,4	22,3	72,6	-1,327	0,185
F6 Experiência pessoal de rejeição	33,9	24,6	30,0	34,3	24,5	30,2	-0,296	0,767
Dimensão de Proteção	75,1	16,0	79,3	60,5	21,4	63,3	-3,678	<0,001
F2 Atitude crescimento pessoal/ enfrentamento positivo	73,1	17,0	35,2	56,6	22,1	54,0	-3,962	0,004
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV- reavaliação positiva	75,8	22,6	83,6	63,3	31,0	60,9	-1,831	0,038
F4 Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio social	78,6	18,6	84,2	65,0	21,5	62,7	-3,429	0,001
VAS-Adesão	92,8	16,5	99,0	69,8	37,4	94,0	-2,943	0,003
Idade	45,6	13,9	46,0	39,6	11,6	39,0	-2,240	0,025^D
Tempo diagnóstico (em anos)	11,6	7,7	11,0	6,3	5,9	4,0	-3,844	0,004
WHO5 (bem-estar)	14,5	5,8	15,0	9,8	7,1	7,0	-3,676	<0,001

Nota: B de Teste Mann Whitney; D Teste t-Student para grupos independentes.

Associação dos fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, comportamento de adesão aos medicamentos, e bem-estar subjetivo com a idade e tempo de diagnóstico

Conforme apresentado na Tabela 6, a escala Screenphiv foi correlacionada a variável idade e identificou-se resultado significativo com o F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionada ao HIV ($r_s = 0,194$; $p=0,008$), apontando que as idades mais elevadas se mostraram relacionadas aos escores mais elevados desse fator, sugerindo maior sofrimento psíquico para lidar com o diagnóstico em pessoas com mais idade. A variável idade também foi comparada a escala VAS e foi identificada correlação significativa e positiva, na qual os

casos com idades mais elevadas correlacionaram-se com o uso de medicamentos antirretrovirais no mês anterior os percentuais mais elevados, o que indica melhor adesão.

A variável tempo de diagnóstico estabeleceu uma correlação estatisticamente significativa e negativa com o instrumento Screenphiv no o F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV, da Dimensão de Risco, o que nos indica que, em diagnósticos mais recentes, é maior o sofrimento psíquico. Quando estabelecemos uma correlação da variável tempo de diagnóstico e o instrumento Screenphiv com a Dimensão de Proteção como um todo, observa-se resultados com coeficientes significativos e positivos ($r_s = 0,157$; $p=0,032$), indicando que os fatores protetivos relacionados com condições positivas de bem-estar são preponderantes com o passar do tempo vivendo com o diagnóstico.

A correlação com os fatores, separadamente, evidenciou que o F2 – Atitude de crescimento pessoal/ enfrentamento positivo e a variável tempo de diagnóstico são estatisticamente correlacionadas positivamente ($r_s = 0,143$; $p=0,050$), sugerindo que com o passar do tempo os sujeitos conseguem lidar melhor com o diagnóstico e viver com HIV. Em relação ao F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/apoio social, evidencia-se uma correlação positiva ($r_s = 0,155$; $p=0,034$), também sugerindo que quanto maior tempo de diagnóstico, melhor estabelecida a rede de apoio social e as estratégias de enfrentamento são possivelmente mais ativas.

Tabela 6. Coeficiente de correlação de Spearman das escalas Screenphiv, VAS-Adesão e WHO-5 com a idade e tempo de diagnóstico (N=200)

Variáveis	Correlação de Spearman			
	Idade		Tempo de diagnóstico	
	<i>r_s</i>	<i>p</i>	<i>r_s</i>	<i>p</i>
Risco	0,021	0,779	-0,126	0,085
F1 Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	0,194**	0,008	-0,156*	0,033
F5 Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ enfrentamento evitação	0,038	0,604	-0,096	0,189
F6 Experiência pessoal de rejeição	0,056	0,447	0,038	0,602
Proteção	0,109	0,136	0,157*	0,032
F2 Atitude crescimento pessoal/ enfrentamento positivo	0,006	0,939	0,143*	0,050
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV	0,021	0,779	0,059	0,421
F4 Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio social	0,043	0,558	0,155*	0,034
VAS-Adesão	0,219**	0,003	0,107	0,147
WHO5 (bem-estar)	0,021	0,779	0,051	0,488
Tempo diagnóstico (em anos)	0,050	0,498		

Nota: *r_s* Coeficiente de correlação e Spearman; *p* nível mínimo de significância do teste de correlação;

**Correlações significativas a 1% ($p < 0,001$); * Correlações significativas a 5% ($p < 0,05$);

Classificação — $|r| < 0,20$, a correlação é negligenciável; $0,20 < |r| < 0,40$, a correlação é fraca; $0,40 < |r| < 0,60$, a correlação moderada; $0,60 < |r| < 0,80$, a correlação é forte; e $|r| > 0,80$, a correlação muito forte.

Evidência de Validade I (Screenphiv): correlações com critérios externos relevantes

Para avaliar as propriedades psicométricas do Screenphiv e buscar evidências de validade, considerando as características do estudo e amostra coletada, realizou-se correlações com critérios externos relevantes (adesão e bem-estar). Para que haja evidências de validade, os indicadores de risco deverão correlacionar-se negativamente com a adesão e o bem-estar, e os indicadores de proteção deverão correlacionar-se positivamente com a adesão e o bem-estar (detalhe na Tabela 7).

Considerando-se os resultados na Tabela 7 da associação entre Screenphiv e VAS-Adesão, foram identificadas correlações significativas e positivas de magnitude fraca [$0,20 < |r| < 0,40$] com os fatores de proteção F2 – Atitude de crescimento pessoal/ enfrentamento positivo ($r_s = 0,241$; $p=0,001$) e F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio

social ($r_s = 0,242$; $p=0,001$), bem como com a Dimensão Proteção ($r_s = 0,175$; $p=0,016$). Em relação aos fatores da Dimensão de Risco, não foram detectadas correlações significativas estatisticamente, apontando para uma relação de independência entre VAS e os fatores F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV ($r_s = -0,141$; $p=0,054$), F6 – Experiência pessoal de rejeição ($r_s = -0,131$; $p=0,072$) e F5 – Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ enfrentamento de evitação ($r_s = -0,132$; $p=0,072$). No entanto, a significância estatística positiva foi alcançada entre VAS-Adesão e a Dimensão Proteção ($r_s = 0,175$), sugerindo que a tomada de medicamento em níveis ótimos de adesão está relacionada aos escores altos em fatores psicossociais de proteção. Pode-se sugerir que, mesmo que não sejam estatisticamente significativas, as relações estabelecidas entre os fatores de risco e a escala VAS-Adesão ocorrem de forma inversa.

As correlações estabelecidas entre o instrumento Screenphiv e a escala de bem-estar WHO-5 apontam no sentido de uma correlação estatisticamente significativa moderada e negativa quando considerada a Dimensão de Risco ($r_s = -0,445$; $p<0,001$) e individualmente o F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV ($r_s = -0,438$; $p<0,001$) e o F5 – Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ enfrentamento de evitação ($r_s = -0,411$; $p<0,001$). Esses dados sugerem que os níveis de bem-estar são menores quando os escores dos fatores de risco estão elevados.

Em relação à Dimensão Proteção e à escala WHO5, evidenciam-se correlações significativas, moderadas e positivas ($r_s = 0,517$; $p<0,001$), bem como com cada um dos fatores analisados individualmente F2 – Atitude de crescimento pessoal/ enfrentamento positivo ($r_s = 0,526$; $p<0,001$), F3 – Mudança cognitiva relacionada ao HIV ($r_s = 0,417$; $p<0,001$) e uma correlação fraca com o F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio social ($r_s = 0,261$; $p<0,001$). Esses dados indicam existir uma convergência entre os resultados de escores elevados em fatores psicossociais protetivos com melhores resultados

de bem-estar. Sinteticamente, os resultados observados na Tabela 7 apoiam as evidências de validade do instrumento Screenphiv.

Tabela 7. Correlações entre as dimensões do Screenphiv e as medidas adesão (VAS-Adesão) e bem-estar subjetivo (WHO-5)

SCREENPHIV	Correlação de Spearman			
	VAS-Adesão		WHO5 TOTAL	
	r	p	r	p
Dimensão de Risco	-0,153*	0,036	-0,445**	<0,001
F1 Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	-0,141	0,054	-0,438**	<0,001
F6 Experiência pessoal de rejeição	-0,131	0,072	-0,064	0,371
F5 Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ enfrentamento de evitação	-0,132	0,072	-0,411**	<0,001
Dimensão de Proteção	0,175*	0,016	0,517**	<0,001
F2 Atitude de crescimento pessoal/ enfrentamento positivo	0,241**	0,001	0,526**	<0,001
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV	0,044	0,550	0,417**	<0,001
F4 Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio social	0,242**	0,001	0,261**	<0,001

Nota: r_s Coeficiente de correlação e Spearman; p^{***} nível mínimo de significância do teste de correlação;

**Correlações significativas a 1% (p<0,001); * Correlações significativas a 5% (p<0,05);

Classificação — $|r| < 0,20$, a correlação é negligenciável; $0,20 < |r| < 0,40$, a correlação é fraca; $0,40 < |r| < 0,60$, a correlação moderada; $0,60 < |r| < 0,80$, a correlação é forte; e $|r| > 0,80$, a correlação muito forte.

Evidências de Validade II (Screenphiv): Capacidade preditiva dos fatores de risco e proteção psicológicos relacionados ao HIV na explicação do bem-estar subjetivo

Para complementar a avaliação das propriedades psicométricas do Screenphiv e buscar evidências de validade, realizou-se uma análise de regressão linear múltipla para prever os escores em bem-estar subjetivo medido pela escala WHO-5. Para que haja evidências de validade, os indicadores de risco devem contribuir negativamente para o bem-estar e os indicadores de proteção devem contribuir positivamente para o bem-estar. Foram conduzidas análises de regressão linear múltiplas, utilizando-se como variáveis independentes primeiramente as dimensões e, em uma segunda análise, os fatores individualmente. Foram consideradas inicialmente todas as facetas e, em um segundo modelo, todos os fatores da

escala Screenphiv, pois na análise bivariada a maior parte das variáveis independentes apresentaram resultados significativos nas correlações. A Tabela 8 apresenta os resultados das regressões.

De acordo com os resultados dos modelos de regressão, inicialmente evidenciou-se que as duas dimensões conseguiram explicar 34,1% (R^2_{ajustado}) da variância do WHO-5. A Dimensão Proteção ($\beta = 0,410$; $t_{\text{calc}} = 7,054$; $p < 0,001$), assim como a de Risco ($\beta = -0,369$; $t_{\text{calc}} = -6,350$; $p < 0,001$) contribuíram de forma significativa para responder pelas variações da escala WHO-5. Há evidências de que elevados escores na Dimensão Proteção levam a uma condição de elevado bem-estar, bem como elevados escores na Dimensão de Risco contribuem para pontuações mais baixas na escala de bem-estar no WHO-5.

Em relação ao modelo de regressão que considerou como variáveis independentes os fatores do Screenphiv separadamente, novamente o resultado se mostrou representativo, onde o modelo elencado como ideal conseguiu responder por 39,5% (R^2_{ajustado}) da variância do WHO-5. Conforme o método de seleção *Backward conditional*, os maiores impactos para responder pelo WHO-5 foram observados pelos fatores F2 — Atitude crescimento pessoal/ enfrentamento positivo ($\beta = 0,334$; $t_{\text{calc}} = ,045$; $p < 0,001$); F6 – Experiência pessoal de rejeição ($\beta = -0,270$; $t_{\text{calc}} = -4,100$; $p < 0,001$) e F3 — Mudança cognitiva relacionada ao HIV-reavaliação positiva ($\beta = 0,212$; $t_{\text{calc}} = 2,864$; $p = 0,005$). Cabe salientar que o F5 – Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ enfrentamento de evitação não compôs o modelo final por não ter significância estatística, sendo considerado como não representativo para responder pelo WHO-5. Os resultados, observados na Tabela 8, apoiam as evidências de validação do instrumento Screenphiv.

Tabela 8. Análise de regressão linear múltipla das dimensões do Screenphiv sobre os escores do WHO-5

Variáveis independentes	Coeficientes não padronizados		Coeficientes padronizados	Estatísticas de teste		R ² ajustado
	B	Erro Padrão	Beta (β)	t _{calc}	Sig.	
Modelo sobre as dimensões						0,341
(Constante)	8,672	1,718		5,048	<0,001	
Dimensão de Risco	-0,113	0,018	-0,369	-6,350	<0,001	
Dimensão de Proteção	0,136	0,019	0,410	7,054	<0,001	
Modelo inicial sobre os fatores						0,398
(Constante)	9,789	1,726		5,671	<0,001	
F1 Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	-0,056	0,020	-0,210	-2,832	<0,005	
F2 Atitude crescimento pessoal/ enfrentamento positivo	0,105	0,026	0,333	4,022	<0,001	
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV- reavaliação positiva	0,051	0,019	0,205	2,707	<0,007	
F4 Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio social	-0,042	0,020	-0,140	-2,041	<0,043	
F5 Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ enfrentamento de evitação	0,008	0,017	0,031	0,469	0,640	
F6 Experiência pessoal de rejeição	-0,069	0,017	-0,271	-4,112	<0,001	
Modelo final						0,395
(Constante)	9,898	1,707		5,798	<0,001	
F1 Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	-0,052	0,018	-0,196	-2,901	<0,004	
F2 Atitude crescimento pessoal/ enfrentamento positivo	0,106	0,026	0,334	4,045	<0,001	
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV- reavaliação positiva	0,053	0,018	0,212	2,864	<0,005	
F4 Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio social	-0,041	0,020	-0,136	-2,001	<0,047	
F6 Experiência pessoal de rejeição	-0,069	0,017	-0,270	-4,100	<0,001	

Classificação aos grupos vinculados/retidos versus aderidos a partir dos escores do

Screenphiv

Para verificar-se a capacidade dos fatores Screenphiv em classificar os participantes do estudo nos diferentes grupos: de vinculados/retidos versus aderidos, foi empregada a técnica de Análise Discriminante, utilizando como critério de classificação uma variável tipo *composite* (agrupação das variáveis: uso de antirretrovirais (sim/não) e carga viral indetectável sim/não vs não). De acordo com o resultado da análise discriminante, verificou-se inicialmente, pelo teste de M de Box (*Box's M*), que os dados apresentaram sustentação

para aplicação da técnica, onde o seu resultado não significativo ($Box's M = 23,745$; $p=0,393$) apontou que nos dois grupos — vinculados/retidos versus aderidos — as variâncias mostraram-se estatisticamente semelhantes, indicando que dentro de cada grupo a variabilidade não difere de forma significativa sugerindo que os grupos estão coesos. Não foi agregada na variável *composite* a variável abandono do tratamento, pois esta não foi relevante para explicar as diferenças nos fatores de risco e proteção na presente amostra, conforme análises prévias indicadas na Tabela 4.

Na identificação de quais fatores mostraram-se importantes para diferenciar os grupos vinculados/retidos versus aderidos, verificou-se pela estatística *Lambda* de *Wilks* que os fatores F2 – Atitude de crescimento pessoal/enfrentamento positivo e F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/apoio social da Dimensão de Proteção, foram aqueles que apresentaram a maior eficiência em discriminar os dois grupos, quando comparados aos demais fatores.

Em relação à relevância do poder discriminatório da função, a estimativa para o autovalor foi significativa ($Eigenvalue = 0,164$; $Lambda de Wilks = 0,859$; $p < 0,001$), indicando que os fatores de cada dimensão conseguiram discriminar, de forma representativa, a classificação da *composite* vinculados/retidos versus aderidos. De acordo com as correlações apontadas pela Matriz de Estruturas, o F2 — Atitude de crescimento pessoal/enfrentamento positivo (0,814) mostrou-se como o mais importante para discriminar os grupos da *composite*, seguido dos fatores F4 — Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/apoio social (0,652) da Dimensão de Proteção e F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV (-0,476) dentro da Dimensão de Risco, caracterizando a diferença entre os dois grupos¹.

¹ O grupo **vinculados/retidos** contém participantes com respostas SIM ou NÃO para uso de antirretrovirais e NÃO para carga viral indetectável. O grupo **aderidos** contém participantes com respostas SIM para uso de antirretrovirais e SIM para carga viral indetectável

No que se refere à organização dos fatores para responder pela *composite*, analisada através dos Coeficientes de Funções Discriminantes Canônicas, observou-se que os fatores F1 – Experiência de sofrimento emocional (-0,369), F5 – Percepção de rejeição relacionada ao HIV/ enfrentamento de evitação (-0,283) e F6 — Experiência pessoal de rejeição (0,431) representaram a Dimensão de Risco; enquanto os fatores F2 — Atitude de crescimento pessoal/enfrentamento positivo (0,672), F3 – Mudança cognitiva relacionada ao HIV - reavaliação positiva (-0,035) e F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/apoio social (0,353) representaram a Dimensão de Proteção.

Embora o F6 – Experiência pessoal de rejeição tenha apresentado um coeficiente positivo, sinal contrário aos demais fatores que compõem a Dimensão de Risco, a sua representação na função discriminante mostrou-se praticamente nula na matriz de estrutura. Situação semelhante ocorreu na Dimensão de Proteção, onde o F3 – Mudança cognitiva relacionada ao HIV- reavaliação positiva, embora tenha apresentado um impacto representativo na função, a sua estimativa negativa, quando comparada aos demais fatores, mostrou-se praticamente irrelevante.

No que se refere à classificação para a *composite*, estimada pela função discriminante, os resultados apontaram que, dos 154 casos com resposta positiva para “faz uso de antirretrovirais e carga viral indetectável”, 150 (97,4%) foram classificados corretamente. Quanto aos casos com situação contrária, “não faz uso de antirretrovirais e carga viral detectável”, do total de 34 investigados, 7 (20,6) foram classificados corretamente. Dessa forma, a função discriminante alcançou 83,5% de classificação correta, neste estudo.

Tabela 9: Parâmetros para o modelo de função discriminante para classificar a *composite* pelos fatores Screenphiv

Fatores	Testes de igualdade de médias de grupo		Coeficientes de funções discriminantes canônicas padronizados	Matriz de estruturas
	Lambda de Wilks	Sig.		
F1 Sofrimento emocional	0,96	0,01	-0,37	-0,48
F2 Atitude de crescimento pessoal/ enfrentamento positivo	0,9	0	0,67	0,81
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV	0,97	0,01	-0,04	0,45
F4 Enfrentamento ativo/ apoio social	0,94	0	0,36	0,65
F5 rejeição percebida/ enfrentamento de evitação	0,99	0,24	-0,28	-0,22
F6 Experiência pessoal de rejeição	1	1	0,43	0

Teste Box's M = 23,745; p=0,393).

Eigenvalue = 0,164; % variância explicada=100,0% (*Lambda de Wilks* = 0,859; p<0,001).

Classificação correta: 83,5% [97,4% fazem uso de antirretrovirais e carga viral indetectável vs. 20,6% Situação contrária].

Referente à função discriminante na Tabela 10, definida pelos coeficientes de função não padronizados, é obtida a direção encontrada para projetar os dados, de forma mais robusta, separar os grupos. De acordo com as estimativas, a descrição da função é:

$$Z = -3,095 - 0,016*(F1) + 0,0378(F2) - 0,001*(F3) + 0,019*(F4) - 0,012*(F5) + 0,018*(F6)$$

Ainda em relação à função discriminante, na Tabela 10 os coeficientes das funções para classificação de cada grupo e não têm interpretação discriminativa. É através das duas funções, obtidas com esses coeficientes, que se classificam os novos elementos, comparando o escore obtido em cada uma delas. Representa-se o escore discriminante na função do “uso de antirretrovirais (sim) e carga viral indetectável (sim)” e na função dos casos com “situação

contrária”. O grupo escolhido para classificar um caso novo será o grupo que maximiza a função escore discriminante.

Tabela 10. Coeficiente da função discriminante de Fisher e, coeficientes das funções escore de classificação para as categorias de respostas da COMPOSITE (Uso ARV e CV<) pelos fatores SCREEPHIV

Fatores	Coeficientes de função discriminante canônica	Coeficientes de função de classificação	
		Aderidos (Faz uso de ARV, CV<)	Situação contrária
F1	-0,02	0,09	0,11
F2	0,04	0,16	0,12
F3	0	0,02	0,03
F4	0,02	0,16	0,14
F5	-0,01	0,03	0,05
F6	0,02	0,04	0,02
Constante	-3,1	-16,25	-14,87

Funções discriminantes lineares de Fisher;

Eigenvalue = 0,164; % variância explicada=100,0% (*Lambda de Wilks* = 0,859; $p < 0,001$).

Classificação correta: 83,5% [97,4% Faz uso ARV/VC< vs. 20,6% Situação contrária].

DISCUSSÃO

Este estudo objetivou investigar os fatores psicossociais de proteção e de risco preditivos para a adesão bem-sucedida ao tratamento, para a vinculação e retenção nos serviços de atendimento de saúde e descrição do bem-estar de pessoas que vivem com a infecção pelo HIV e AIDS. Para alcançar esses objetivos, foi necessário traduzir e adaptar um instrumento desenvolvido no exterior, denominado Screenphiv (*Screening measure for psychological issues related HIV infection*), que permite avaliar esses fatores psicossociais.

O processo de tradução e adaptação seguiu as diretrizes internacionais e a literatura especializada, alcançando uma medida fidedigna, útil e com evidências de validade preliminares que permitem o uso desse instrumento em pesquisas envolvendo a população brasileira com infecção pelo HIV. Conforme era esperado, de acordo a literatura prévia dos estudos originais com o instrumento (Remor et al., 2016, 2012), os escores do instrumento foram associados ao bem-estar percebido pelas pessoas com infecção pelo HIV e, da mesma forma, o padrão de relações entre as facetas, fatores e dimensões do Screenphiv se relacionaram com os indicadores de adesão ao tratamento antirretroviral, situação da carga viral e o histórico de abandono ao tratamento.

Um dos achados interessantes deste estudo reside em que os escores elevados no F1 — Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV da Dimensão de Risco do Screenphiv se associaram com uma carga viral não controlada, indicando que o sofrimento psíquico impacta na atitude do paciente em manter a tomada de medicação antirretroviral conforme a prescrição e, conseqüentemente, dificultando o alcance de uma carga viral indetectável. De acordo com Byrd et al. (2020), Basset e Schuette (2019), entre os transtornos mentais que acometem a pessoa que vive com HIV, o transtorno depressivo e os transtornos ansiosos são os mais frequentes e são dificultadores da condição de adesão ótima e da manutenção do autocuidado ao seu próprio tratamento.

Essa informação corrobora com o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV (Brasil, 2018), que indica que as pessoas em condição de sofrimento emocional e HIV são menos prováveis de ficarem retidas nos serviços de cuidados do HIV. A presença de sintomas depressivos tem sido associada a faltas às consultas e a falha virológica², tornando mais difícil para a pessoa manter regular o controle da doença com a manutenção da carga viral em níveis indetectáveis. Diante disso, o diagnóstico e tratamento precoce do sofrimento psíquico é fundamental para garantir a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV. A exemplo disso, observou-se que o F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV estabeleceu uma relação com a escala WHO-5. A escala WHO-5 mostrou que 41,8% da amostra apresentava escores que sugerem a necessidade de uma investigação para depressão de tais casos. Portanto, observa-se que o instrumento Screenhiv apresentou uma avaliação adequada dos indicativos de sofrimento psíquico na Dimensão de Risco.

Outro importante resultado demonstrado neste estudo referente ao sofrimento psíquico representado pelo Fator-1 — Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV, da Dimensão de Risco, também sugere uma relação de dependência com a variável tempo de diagnóstico, indicando que, com o passar do tempo, a pessoa possa aprender a lidar com seu diagnóstico ou, talvez, aceitando seu diagnóstico possa reduzir o sofrimento envolvido com a revelação do mesmo. Considerando a variável idade, observa-se, no presente estudo, que os mais jovens parecem apresentar menor sofrimento, o que pode estar relacionado ao fato de não terem vivido os primeiros tempos dessa epidemia, que trazia um estigma fortemente associado ao HIV. Conforme Teixeira e Teodorescu (2015), o estigma relacionado à noção de grupos de risco no início da epidemia da AIDS e a perspectiva de morte era o causador de grande sofrimento no momento do diagnóstico.

² Viremia detectável produzida por cepas do vírus HIV resistentes aos antirretrovirais.

Em relação aos fatores psicossociais protetivos, também observamos uma possível relação de dependência positiva entre as variáveis tempo de diagnóstico, a Dimensão de Proteção e seus fatores 2 e 4 — Atitude de crescimento pessoal/enfrentamento positivo e Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/ apoio social, respectivamente. Segundo Seidl e Remor (2019); Thomaz e Castro (2012), as pessoas assumem com frequência um padrão de ideias e crenças sobre a infecção pelo HIV que é capaz de determinar comportamentos que serão emitidos para o gerenciamento da própria doença, assim como a adoção de estratégias de enfrentamento para melhor lidar com sua condição. De acordo com isso, observou-se neste estudo que, com mais tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV, pode ocorrer um incremento dos fatores protetivos em relação ao gerenciamento do viver com o vírus, o que pode refletir numa melhor adesão à medida que a pessoa desenvolve uma rede de apoio e estratégias comportamentais positivas para o enfrentamento dos problemas causados pelo adoecimento. Para Araújo et al. (2012), as pessoas que possuem uma rede social ampla, incluindo outros grupos sociais além do grupo familiar, desenvolvem recursos psicológicos protetivos para enfrentar adversidades que surjam ao longo da vivência com uma doença crônica, exemplificada no presente estudo pelas comparações das variáveis supracitadas.

Considerando ainda o exposto por Medeiros, Silva e Saldanha (2013), sobre o suporte social ter um papel fundamental para amenizar as consequências negativas que possam estar associadas a eventos estressantes, a associação existente entre o F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social, da Dimensão de Proteção, com o tempo de diagnóstico permite sugerir que, à medida que a rede de apoio social se fortalece com a convivência com alguém que vive com o HIV, a pessoa vivendo com o vírus também estaria fortalecido na manutenção de seu tratamento.

No que se refere às correlações estabelecidas entre o instrumento Screenphiv e a escala WHO-5, observa-se que ocorreram com uma força moderada, com os fatores

protetivos separadamente e com a Dimensão de Proteção integralmente, o que sugere que os afetos positivos, representados nas facetas do instrumento, podem amenizar os efeitos do estresse causado por viver na condição de saúde de portador de uma doença crônica como o HIV. Para Basset, Schuette, Dwyer e Moskowitz (2019), a condição de afetos positivos é capaz de motivar o indivíduo a usar melhores estratégias de enfrentamento, o que pode incrementar a adesão aos medicamentos. Dessa forma, a correlação positiva encontrada no presente estudo pode indicar que o Screephiv pode avaliar adequadamente a condição de bem-estar da pessoa que vive com HIV (quando se utilizam os quesitos apresentados pela escala WHO-5).

Para Calvetti et al. (2014), escores altos em apoio social e emocional apresentam também altos escores em adesão ao tratamento e qualidade de vida, na presente pesquisa observamos algo similar, uma correlação positiva que se estabeleceu com F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social e F2 – atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo e a Dimensão de Proteção, com os escores de adesão ao tratamento (EVA/VAS Adesão) e bem-estar (WHO-5). Além disso, também se observa nesta pesquisa uma correlação negativa entre WHO-5 com a Dimensão de Risco do Screenphiv e o F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV especificamente, sugerindo que o bem-estar está inversamente ligado ao sofrimento psíquico. Dessa forma, reforça-se a ideia de que o bem-estar se mantém consistentemente associado a sentimentos e emoções positivas e protetoras.

De acordo com Medeiros, Silva e Saldanha (2013) e Calvetti et al. (2014), a depressão é frequentemente associada com a existência de crenças negativas relacionadas à doença e a sentimentos de desesperança que prejudicam a motivação ao autocuidado de saúde, a habilidade de lidar com as demandas geradas pelo tratamento e contribui negativamente para a adesão à terapia antirretroviral. Dessa forma, o indivíduo não consegue facilmente atingir o

controle da doença e manter uma carga viral indetectável, aumentando o risco de infecções oportunistas, o que pode resultar em um deterioro da qualidade de vida. Sentimentos positivos favorecem uma condição de bem-estar e a qualidade de vida. No presente estudo observou-se que os resultados de boa adesão na escala VAS-Adesão estavam relacionados aos sentimentos positivos e protetivos representados na Dimensão de Proteção do Screenphiv, corroborando a ideia de que tais condições emocionais positivas contribuem favoravelmente para a tomada de medicamentos de forma adequada e ótima para o êxito do tratamento.

Para Remor et al., (2016); Calvetti et al. (2014), o HIV ainda está associado a um estigma que afeta o cuidado de saúde e o bem-estar do paciente diagnosticado, bem como sua percepção da qualidade de vida está relacionada a seus conceitos de saúde, estado funcional, psicológico, bem-estar, felicidade e satisfação de necessidades. No presente estudo, observou-se, através da análise de regressão linear múltipla, que os fatores da escala Screenphiv apresentaram um impacto representativo sobre a escala WHO-5 que avalia bem-estar, exemplificando a literatura correspondente, tendo uma variação significativa positiva com a Dimensão de Proteção e negativamente com a Dimensão de Risco.

A perspectiva de descentralização para a Atenção Básica de Saúde, do acompanhamento clínico de pacientes infectados pelo HIV, deve levar em conta a utilização de diferentes instrumentos para a avaliação e tomada de decisão que possam qualificar o cuidado da pessoa que vive com o vírus. Os recursos abrangidos nesse cuidado devem ser otimizados para garantir o maior acesso e a continuidade de tratamento dessas pessoas ao seu cuidado de saúde. Marcadores biomédicos são necessários para ações preventivas de agravos e adoecimentos que possam ser evitados ou, pelo menos, tratados precocemente, evitando a gravidade do caso. Dessa mesma forma, também deve ser considerado poder disponibilizar de marcadores psicossociais que auxiliem a investir com mais segurança e argumentos para o cuidado dessas pessoas que vivem com uma doença crônica como o HIV.

Diante disso, nesta pesquisa foram identificados fatores psicossociais capazes de discriminar os participantes em grupos de vinculados/retidos versus aderidos. Por meio de análise discriminante, o instrumento Screenhiv apresentou elevada capacidade de diferenciar esses grupos. Observou-se que a Dimensão de Proteção, principalmente representada pelos fatores 2 e 4 (Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo, e Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social, respectivamente) e, na Dimensão de Risco, o Fator-1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV, estabeleceram maior impacto na separação desses grupos. Estudos como de Carvalho et al., (2019); Remor et al. (2016), Seidl e Remor (2010) sustentam que características cognitivas, comportamentais, emocionais e psicológicas são relevantes fatores a serem considerados para uma conduta de boa adesão ao tratamento. Identificam que fatores considerados negativos (p. ex.: percepção de doença, depressão, estresse), associam-se à vulnerabilidade, fragilidade e podem predizer uma baixa adesão, conforme representado nos resultados relacionados ao F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV. Para estes mesmos autores, características positivas (p. ex.: resiliência, apoio social) podem proteger, reforçar e serem preditoras de uma boa adesão ao tratamento de saúde, conforme demonstrado nos F2 – Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo e F4 — Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social.

Todos esses resultados sugerem que o instrumento Screenhiv foi capaz de distinguir e classificar, corretamente, aproximadamente 83% da amostra do estudo, em dois grupos de vinculados/retidos versus aderidos, podendo ser considerada uma ferramenta útil para avaliar preventivamente a capacidade de autocuidado e adesão dos pacientes que se tratam para o HIV.

CONCLUSÕES

Os achados apresentados na presente dissertação demonstraram a importância de aprofundar a compreensão dos aspectos psicossociais preditivos envolvidos em uma adesão bem-sucedida no tratamento para o HIV/AIDS.

Identificou-se o quanto os fatores psicossociais podem ser protetivos ao próprio autocuidado das pessoas ou quanto podem colocar em risco o êxito de um tratamento. Os resultados encontrados na presente dissertação apontam no sentido do quanto é importante identificar e trabalhar adequadamente as questões psicossociais e o quanto isso pode melhorar a percepção da pessoa que vive com o HIV, auxiliando-a no reconhecimento de suas emoções e sentimentos, seus próprios recursos internos para enfrentar a sua condição de saúde/doença.

A utilização do instrumento Screenhiv como uma ferramenta auxiliar na construção de planos terapêuticos singulares pode trazer um diferencial na atenção clínica da pessoa para o planejamento do seu próprio cuidado de saúde e, conseqüentemente, um maior bem-estar. Além disso, os resultados do paciente no Screenhiv podem sinalizar, para a equipe de saúde, quais as situações requerem uma atenção maior e uma estratégia diferenciada de cuidado, de forma a garantir condições para uma adesão bem-sucedida.

Para além do conhecimento de marcadores de carga viral, retirada de medicamentos, avaliação clínica, propõe-se os escores do Screenhiv como mais um referencial com potencial preditor para sugerir a identificação de pacientes que tendem a apresentar boa adesão e autocuidado, indicada através de escores elevados na Dimensão de Proteção e seus fatores. Em situação contrária, podemos considerar a informação do Screenhiv, com escores elevados na Dimensão de Risco e seus fatores, como um indicativo da necessidade de permanência do paciente no acompanhamento pela equipe do ambulatório especializado, pois

seu vínculo com o sistema de saúde é ainda frágil e devem ser investidas ações e estratégias para retê-los aos cuidados de saúde até que possam atingir níveis ótimos de adesão.

Observou-se que o F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV apresenta um grande efeito nas condições que levam ao risco de abandono do tratamento ou a um cuidado de saúde frágil e empobrecido. Foi possível identificar, ainda, que 41,8% da amostra estudada apresentou escores em bem-estar que sugerem a necessidade de uma exploração para depressão.

Do ponto de vista dos fatores protetivos, destacaram-se o F2 – Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo e o F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social, como associado a adesão ao tratamento e bom vínculo com o serviço de saúde.

As evidências apresentadas sugerem que o instrumento Screenphiv atende as garantias de adaptação ao contexto brasileiro e pode servir como uma ferramenta complementar para a avaliação das pessoas com infecção pelo HIV em contextos de pesquisa e avaliação clínica, ou ainda como medida de resultado em intervenções psicossociais. Além disso, esses resultados apontam a importância de investirmos na construção de estratégias de empoderamento dos pacientes que possam reforçar as condutas de enfrentamento de estresse, reavaliação da sua condição de HIV-positivo, reforçar a construção e fortalecimento de redes de apoio social, como suporte à pessoa que vive com a infecção do HIV.

CAPÍTULO III — IMPLICAÇÕES PARA A PRÁTICA E CONSIDERAÇÕES FINAIS

O cuidado da pessoa que vive com HIV tem trazido grandes desafios para a estrutura da política de assistência à saúde dessa população. Desde o advento da terapia antirretroviral, que tornou o viver com HIV uma doença de curso longo e crônico, pensar a continuidade do cuidado dessas pessoas deve incluir muito mais do que o prescrever medicamentos e realizar exames de controle para verificar a adesão.

Identificar fragilidades, bem como as fortalezas desse acompanhamento, requer considerar outros elementos que compõem o cuidado de saúde. Compreende uma visão da pessoa com um ser biopsicossocial, com outras demandas que não são contempladas no tratamento médico. Diante disso, o presente estudo desenvolveu-se na perspectiva de abordar os fatores psicossociais envolvidos no tratamento de saúde de pessoas vivendo com HIV/AIDS.

Para além dos resultados obtidos e já discutidos no estudo empírico, algumas reflexões podem ser feitas a respeito do cuidado dessas pessoas. Como apresentado nesta dissertação, o sofrimento psíquico é prevalente na população que vive com HIV e, para dar continência a isso, a composição inicial das equipes mínimas conta com um profissional da psicologia. Entretanto, trata-se de uma epidemia, o aumento do número de casos ainda cresce e, como doença crônica, a permanência dessas pessoas em tratamento é contínuo e pode demandar o cuidado emocional em vários momentos desse cuidado e, algumas vezes, requerendo um olhar de outro profissional também habilitado ao cuidado da saúde mental (p. ex.: psiquiatra), que não estão previstos na equipe mínima de um Serviço Assistencial Especializado em HIV/AIDS (SAE).

Assim como a diretriz do cuidado clínico médico da pessoa que vive com HIV tem sido no sentido de ser absorvida na rede básica de saúde, com facilidade de acesso, deve ser

construída uma aproximação com a gerência da política de assistência à saúde mental. Os serviços de saúde mental também atendem uma grande demanda de cuidado, porém não existe um entrelaçamento dessas duas políticas para dar suporte a pessoa com o diagnóstico do HIV. Conforme abordado neste estudo, trata-se de uma doença com características singulares e carregada de um estigma que potencializa o sofrimento emocional, que deve ser levado em conta para qualificar o cuidado dispensado.

Hoje tem-se a estrutura da política de saúde mental estruturada em cima dos Centros de Atenção Psicossocial (CAPS), destinado a dar conta daquela pessoa com sofrimento psíquico, grave, severo ou recorrente. Porém, esta é uma parte da população com sofrimento emocional, quando a literatura aborda questões do sofrimento emocional relacionado ao HIV, ainda é relativo aquela pessoa que tem um sofrimento emocional maior do que as dificuldades do dia a dia e, muitas vezes, não sabe encontrar recursos psicológicos para enfrentar essas dificuldades.

Atualmente, a diretriz da política de saúde mental tem seguido no sentido de habilitar equipes AMENT (Ambulatório Multiprofissional de Saúde Mental) para atender aquelas pessoas com um sofrimento emocional mais intenso mas que ainda não encontram-se na condição de romper com a realidade que a cerca, como seria o caso para CAPS. Considerando a prática desse exercício profissional, poderia ser construído uma aproximação dessas duas estruturas de política pública de saúde, saúde mental e IST/HIV/AIDS, para promover a instituição de um fluxo de acesso daquela pessoa que vive com HIV e em tratamento, mas que em alguns momentos desse curso requer um olhar e um cuidado específico da saúde mental além da infectologia.

Outra reflexão trazida diz respeito às ações e estratégias que podem ser pensadas pelos profissionais das equipes dos ambulatórios especializados em HIV/AIDS. Os resultados apresentados neste estudo mostraram o quanto significativo é uma rede de apoio social, tanto

rede familiar, amigos e até movimentos sociais, como proteção emocional das pessoas diagnosticadas com a infecção pelo HIV. Tais resultados colocam uma luz na importância de os serviços pensarem e articularem atividades ou ações que visam estimular e reforçar os fatores protetivos, envolver outras pessoas que fazem parte do círculo social do paciente acompanhado.

Pode ter um efeito positivo desenvolver atividades de grupo, atividades culturais, integrativas e até atividades físicas, com objetivo de qualidade de vida. A força com que os fatores protetivos, descritos no Screenphiv, F2 – Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo e F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social impactam nos resultados deste estudo, também sugerem que as equipes possam trabalhar no sentido de promover conhecimento e desenvolvimento de atividades de psicoeducação que envolvam estratégias de enfrentamento de problemas, por exemplo.

Por fim, cabe destacar que o cuidado de saúde é uma questão dinâmica que está continuamente se modificando e cabe aos profissionais envolvidos nesse cuidado estarem atentos aos movimentos e interações com os pacientes para entender as demandas e propor ações e estratégias que sejam capazes de considerar a pessoa em sua integralidade.

REFERÊNCIAS

- Almeida-Brasil, C. C., Nascimento, E., Silveira, M. R., Bonolo, P. F., & Ceccato, M. G. B. (2019). New patient-reported outcome measure to assess perceived barriers to antiretroviral therapy adherence: the PEDIA scale. *Cadernos de Saúde Pública*, 35(5): e00184218. DOI: 10.1590/0102-311X00184218.
- Araújo, L. F., Leal, B. S., Santos, J. V. O. & Sampaio, A. V. C. (2019). Análise da Resiliência entre Pessoas que Vivem com HIV/AIDS: Um Estudo Psicossocial. *Psicologia Clínica e Cultura*, 35, e35416. DOI: <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e35416>.
- Araújo, L. F., Lôbo, C. J. C., Santos, J. V. O., & Sampaio, A. V. F. C. (2017). Concepções psicossociais acerca do conhecimento sobre a AIDS das pessoas que vivem com o HIV. *Revista Colombiana de Psicología*, 26(2), 219-230.
- Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Fumaz, C. R., Gonzalez-Garcia, M., Remor, E., & Fuster, M. J. (2016) A Spanish Study on Psychological Predictors of Quality of Life in People with HIV. *AIDS and Behavior*, 20(2): 281-291. DOI: 10.1007/s10461-015-1208-6.
- Bandeira, D. R., Borsa, J. C., & Damásio, B. F. (2012). Adaptação e validação de instrumentos psicológicos entre culturas: Algumas considerações. *Paidéia*, 22 (53), 423-432.
- Basset, S. M., Schuette, S. A., O'Dwyer, L. C., & Moskowitz, J. T. (2019). Positive Affect and Medication Adherence in Chronic Conditions: A Systematic Review. *Health Psychology*, Volv. 38, Non. 11, pp. 960–974. <https://doi.org/10.1037/hea0000778>.
- Blanco, N., Lavoie, M. C. C., Koech, E., Riedel, D. J., Ngeno, C., Adebajo, S., Ludeman, E., & Stafford, K. A. (2021). *Re-Engagement into HIV Care: A Systematic Review*. *AIDS and Behavior*. <https://doi.org/10.1007/s10461-021-03365-y>.

- Brasil, Ministério da Saúde (2015). *Cuidado integral às pessoas que vivem com HIV pela atenção básica: Manual para a equipe multiprofissional*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2017). *Manual Técnico de Elaboração da Cascata de Cuidado Contínuo do HIV*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2018). *Boletim Epidemiológico do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais, da Secretaria de Vigilância em Saúde, do Ministério da Saúde (DIAHV/SVS/MS)*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2018). *Manual Técnico para Diagnóstico do HIV em Adultos e Crianças*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2018). *Protocolo Clínico e diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Brasília, DF.
- Brasil, Ministério da Saúde (2019). *Boletim Epidemiológico do Departamento de Doenças Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde, Ministério da Saúde (DDCI/SVS/MS)*. Brasília, DF.
- Byrd, K. K., Hardnett, F., Hou, J. G., Clay, P. G., Suzuki, S., Camp, N. C., Shankle, M. D., Weldle, P. J., & Taltel, M. S. (2020). Improvements in Retention in Care and HIV Viral Suppression Among Persons with HIV and Comorbid Mental Health Conditions: Patient-Centered HIV Care Model. *AIDS and Behavior*.
<https://doi.org/10.1007/s10461-020-02913-2>.
- Calvetti, P. U., Giovelli, G. R. M., Gauer, G. J. C., & Moraes, J. F. D. (2014). Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/Aids in Brazil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 63(1):8-15.
<http://dx.doi.org/10.1590/0047-20850000000002>.

- Carvalho, P. P., Barroso, S. M., Coelho, H. C., & Penaforte, F. R. O. (2019). Factors associated with antiretroviral therapy adherence in adults: a integrative review of literature. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(7), 2543-2555. DOI: 10.1590/1413-81232018247.22312017.
- Castrighini, C. C., Reis, R. K., Neves, L. A. S., Brunini, S., Canini, S. R. M. S., & Gir, E. (2013). Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/aids no município de Ribeirão Preto-SP. *Texto Contexto Enfermagem*, 22(4), 1049-55.
- Castro, J. L. D. C., Santos, J. V. D. O., Araújo, L. F. D., Faro, A., Rocha, A. P. P. D., & Reis, S. T. (2019). Representações sociais do HIV/AIDS para adolescentes: Uma abordagem estrutural. *Análise Psicológica*, 37(1), 15-27.
- Costa-Villares, L. M. C. B., Casseb, J. S. R., Gascon, M. R. P., & Fonseca, L. A. M. (2018). Características de personalidade e adesão ao tratamento em pacientes jovens portadores de HIV. *Revista da Sociedade Brasileira de Psicologia Hospitalar*, 21 (1), 6-34.
- Diaz, R. S. (2012). *A História de uma Doença: os primeiros 30 anos de epidemia pelo HIV e a ciência por detrás da história*. São Paulo: Permanyer Brasil Publicações.
- Dutra, B. S., Lédo, A. P., Lins-Kusterer, L., Luz, E., Prieto, I. R., & Brites, C. (2019). Changes health-related quality of life in HIV-infected patients following initiation of antiretroviral therapy: a longitudinal study. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 23(4), 211-217. <https://dx.doi.org/10.1016/j.bjid.2019.06.005>.
- Fumaz, C. R., Larrañaga-Eguilegor, M., Mayordomo-Lopez, S., Gomez-Martinez, S., Gonzalez-Garcia, M., Ornellas, A., Fuster-RuizdeApodaca, M. J., Remor, E., Ballester-Arnal, R., & the Spanish Group for the Quality of Life Improvement in HIV or AIDS (2019). Health-related quality of life of people living with HIV infection in

- Spain: a gender perspective, *AIDS Care*, 31(12), 1509-1517. DOI: 10.1080/09540121.2019.1597959.
- Gorenstein, C., Wang, Y. P., & Hungerbühler, I. (2016). *Instrumentos de avaliação em saúde mental*. Porto Alegre: Artmed.
- Hair, J. F., Anderson, R. E., Tatham, R. L., & Black, W. C. (2005). *Análise multivariada de dados*. A. S. Sant'Anna & A. C. Neto (trad.). Porto Alegre: Bookman.
- Hoffmann, C., & Rockstroh, J. K. (2015). *HIV Book*. Medizin Fokus Verlag, Hamburgo.
- Hutz, C. S., Bandeira, D. R., & Trentini, C. M. (2015). *Psicometria*. Porto Alegre: Artmed.
- Kalichman, S. C., Amaral, C. M., Swetzes, C., Jones, M., Macy, R., Kalichman, M. O., & Cherry, C. A. Simple single-item rating scale to measure medication adherence: further evidence for convergent validity. *J Int Assoc Physicians AIDS Care*, 2009 Nov-Dec;8(6):367-74.
- Marques, J. M. A. (2009). *Detecção e diagnóstico de transtornos mentais pela equipe de saúde da família*. Tese doutorado, Ribeirão Preto. Universidade de São Paulo.
- McDonald, R. P. (1999). *Test theory: A unified treatment*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum Associates, Inc.
- Medeiros, B., Silva, J., & Saldanha, A. A. W. (2013). Determinantes biopsicossociais, qualidade de vida e HIV/AIDS. *Estudos de Psicologia*, 18(4), outubro-dezembro/2013, 543-550.
- Nodari, D. H. (2019). *Análise do Perfil da Epidemia de HIV/AIDS na Região Metropolitana de Porto Alegre: Impacto das Novas Diretrizes da OMS*. (Dissertação de Mestrado). Programa de Pós-Graduação FEEVALE, Novo Hamburgo, Rio Grande do Sul, Brasil.
- Organização das Nações Unidas (ONU) & Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS) (2013).

https://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf.

- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/AIDS: desafios e possibilidades. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15(Supl. 1):1201-1208, 2010.
- Reid, M. J. A., Steenhoff, A. P., Thompson, J., Gabaitiri, L., Cary, M. S., Steele, K., Mayisela, S., Dickinson, D., Ehrenkranz, P., Friedman, H. M., & Linkin, D. R. (2017). Evaluation of the effect of cellular SMS reminders on consistency of antiretroviral therapy pharmacy pickups in HIV infected adults in Botswana: A randomized controlled trial. *Health Psychology and Behavioral Medicine*, 5 (1), 101-109.
- Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 23(3), 420-429.
- Remor, E., Fuster-Ruiz de Apodaca, M. J., Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Fumaz, C. R., González-García, M., Ubillos-Landa, S., Aguirrezabal-Prado, A., & Molero, F. (2016). Field psychometric testing of the instrument for assessment of psychological predictors of well-being and quality and quality of life in people with HIV or AIDS. *AIDS Behavior*; 20, 1360-1369. DOI 10.1007/s10461-012-0230-1.
- Remor, E., Fuster, M. J., Ballester-Arnal, R., Gómez-Martínez, S., Fumaz, C. R., González-García, M., Ubillos-Landa, S., Aguirrezabal-Prado, A., & Molero, F. (2012). Development of a new instrument for the assessment of psychological predictors of well-being and quality of life in people with HIV or AIDS. *AIDS and Behavior*, 16, 2414-2423. DOI: <http://doi.org/10.1007/s10461-012-0230-1>.

- Rio Grande do Sul, Secretaria de Estado da Saúde. Departamento de Ações em Saúde, Seção Estadual de controle das DST/AIDS (2017). *Boletim Epidemiológico HIV/AIDS*, Porto Alegre: Escola de Saúde Pública.
- Seidl, E. M. F., & Remor, E. A. (2020). Adesão ao tratamento e percepção de doença em pessoas com HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*. 36.
<https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>.
- Seidl, E. M. F., Melchiades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (10), 2305-2316.
- Semvua, S. K., Orrel, C., Mmbaga, B. T., Semvua, H. H., Bartlett, J. A., & Boulle, A. (2017). Predictors of non-adherence to antiretroviral therapy among HIV infected patients in northern Tanzania. *PloS ONE*, 12 (12), 1-17 DOI:
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0189460>.
- Silva, L. M. S., & Tavares, J. S. C. (2015). The Family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. *Ciência e Saúde Coletiva*, 20(4): 1109-1118. DOI: 10.1590/141381232015204.17932013.
- Sousa, A. M., Lyra, A., Araújo, C. C. F., Pontes, J. L., Freire, R. C., & Pontes, T. L. (2012). A política da AIDS no Brasil: uma revisão da literatura. *J Manag Prim Health Care* [Internet], 2012; 3(1):62-6. <https://doi.org/10.14295/jmphc.v3i1.119>.
- Sweeney, S. M., & Vanable, P. A. (2016). The association of HIV related Stigma to HIV medication adherence: A systematic review and synthesis of the literature. *AIDS and Behavior*, 20, 29-50.
- Teixeira, L. O., Figueiredo, V. L., & Mendoza-Sassi, R. A. (2016). Etapa Inicial da adaptação transcultural para o português do Brasil do HIV Knowledge Questionnaire

(HIV-K-Q). *Medicina Ribeirão Preto*, 45(4), 303-320. DOI:

<http://dx.doi.org/10.11606/issn.2176-7262.v49i4p303-320>.

Teixeira, P. R., & Teoderescu, L. L. (2015). *Histórias da AIDS no Brasil, v1: as respostas governamentais à epidemia de AIDS*. Ministério da Saúde/ Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de DST, AIDS e Hepatites Virais, Brasília, 464p.

Thomas, C. V., & Castro, E. K. (2012). Personalidade, comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores: uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doença*, 13(1), 100-109.

Topp, C., Ostergaard, S. D., Sondergaard, S., & Bech, P. (2015). The WHO-5 Well-Being Index: A Systematic Review of the Literature. *Psychother Psychosom*, 84:167-176
DOI: 10.1159/000376585.

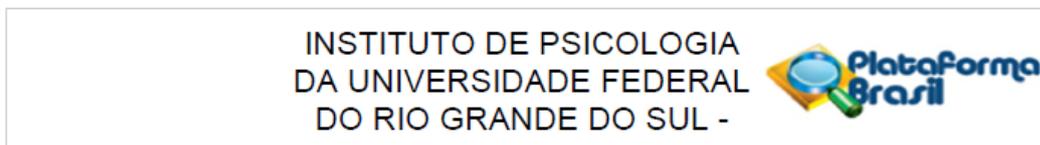
Ulla, S., & Remor, E. (2002). Psiconeuroimunologia e Infecção por HIV: Realidade ou Ficção? *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), pp. 113-119.

UNAIDS Brasil. <https://unaids.org.br/estatisticas/>. Acessado em julho/2021.

Vilas Boas, V. L., Almeida, L. E. O., Loures, R. J., Moura, L. C. L., & Moura, M. A. (2018). Estratégias e Barreiras na Aderência à Terapia Antirretroviral. *HU Revista*, 44(3), 387-391.

ANEXOS

ANEXO A — Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: OS FATORES PSICOSSOCIAIS ASSOCIADOS A ADESÃO AOS CUIDADOS DE SAÚDE NO TRATAMENTO PARA O HIV/AIDS

Pesquisador: EDUARDO AUGUSTO REMOR

Área Temática:

Versão: 4

CAAE: 34087020.3.0000.5334

Instituição Proponente: Instituto de Psicologia - UFRGS

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.331.008

Apresentação do Projeto:

De acordo com o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Tratamento do HIV, a principal causa de falha do tratamento antirretroviral é a má adesão do paciente ao seu tratamento. Fatores psicossociais como depressão, uso de substâncias psicoativas, dificuldade de acesso, comorbidades e posologia complexa contribuem para essa má adesão. Indivíduos com depressão, ansiedade generalizada, pânico e outros transtornos de ansiedade, além de síndromes psicóticas, apresentam maior chance de não aderirem ao tratamento. Alguns estudos demonstram que fatores psicossociais e contextuais desempenham um quesito importante na progressão da infecção pelo HIV. Contudo, o conhecimento científico relacionado aos preditores psicossociais de cuidado com a saúde ainda é incipiente. Este projeto de pesquisa tem por objetivo geral identificar fatores psicossociais protetivos e de risco que interferem no processo de adesão aos cuidados de saúde da pessoa vivendo com HIV/AIDS na rede pública de saúde. Para atingir este objetivo serão realizados dois estudos. O Estudo 1 tem como objetivos: (a) traduzir o instrumento Screenphiv (Screening measure for psychological issues related HIV infection | Medida de rastreio de aspectos psicológicos relacionados com a infecção pelo HIV); (b) Identificar as propriedades psicométricas do instrumento Screenphiv e apresentação de evidências de validade para a população brasileira.

O Estudo 2 tem como objetivos (a) Identificar as possíveis diferenças de perfis de risco e proteção

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-5698 Fax: (51)3308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.331.008

dos pacientes HIV em função da adesão aos cuidados de saúde na rede básica de saúde e ambulatório especializado; (b) Identificar preditores psicossociais de não adesão ao tratamento para HIV a partir da classificação de vinculados, retidos e aderidos; e (c) Propor critérios para sugerir indicação de potenciais pacientes para tratamento na Atenção Básica de saúde com características de adesão em função de seu perfil psicossocial.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

Estudo 1 - Tradução, adaptação e identificar de propriedades psicométricas do instrumento Screenphiv.

Estudo 2 - Identificar as possíveis diferenças de perfis de risco e proteção dos pacientes HIV em função da adesão aos cuidados de saúde na rede básica de saúde e ambulatório especializado;

Objetivo Secundário:

Estudo 2 - (a) Identificar preditores psicossociais de não adesão ao tratamento para HIV a partir da classificação de vinculados, retidos e aderidos; e (b) Propor critérios para sugerir indicação de potenciais pacientes para tratamento na Atenção Básica de saúde com características de adesão em função de seu perfil psicossocial.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos:

Atendendo a Parecer anterior do CEP, a seção de Riscos do formulário da Plataforma Brasil foi reescrita. Os riscos envolvidos no protocolo de avaliação online Screenphiv, que apresenta questões relacionadas à experiência de viver com HIV/AIDS, potencialmente mobilizadoras para os participantes, bem como o encaminhamento a serviço especializado, caso os participantes se sintam mobilizados, foram devidamente contemplados.

Benefícios:

Os pesquisadores declaram que não há expectativa de benefícios diretos. Talvez, potencialmente o benefício da participação no estudo relaciona-se a uma oportunidade de refletir sobre aspectos relacionados ao viver com HIV/AIDS e, como benefício indireto, a contribuição para fins de pesquisa e expansão do conhecimento sobre o viver com HIV/AIDS.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

O projeto está bem fundamentado do ponto de vista teórico e metodológico.

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 Fax: (51)3308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

**INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -**



Continuação do Parecer: 4.331.008

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

O Termo de Consentimento Livre e Esclarecido está adequadamente redigido, assim como o Termo de Autorização Institucional, já devidamente assinado.

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

Não há mais pendências. O projeto está aprovado.

Considerações Finais a critério do CEP:

Recomendamos a todos os pesquisadores do Instituto de Psicologia que avaliem os seus projetos de pesquisa em andamento e considerem os impactos da COVID-19 na continuidade de sua realização.

Esta recomendação se aplica a todos os projetos de pesquisa. Devem ser avaliadas as situações de interação pessoal em coletas de dados e outras situações decorrentes da realização dos estudos.

Caso necessite de uma consultoria, o CEP do Instituto de Psicologia fica à disposição para discutir cada situação de forma pontual.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1543363.pdf	24/09/2020 09:56:44		Aceito
Outros	Carta_resposta_ao_CEP_4a_submissao.pdf	24/09/2020 09:55:02	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEREvisado.doc	19/08/2020 21:52:45	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_completo_revisado_3.pdf	19/08/2020 21:52:12	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Instrumentos.doc	29/07/2020 19:46:15	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Parecer_da_CC_pesquisa_sat_HSanPartenon.pdf	29/07/2020 19:44:16	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Declaração de	TermodeAutorizacaoInstitucionalHSP	29/07/2020	EDUARDO	Aceito

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
 Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
 UF: RS Município: PORTO ALEGRE
 Telefone: (51)3308-5698 Fax: (51)3308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

INSTITUTO DE PSICOLOGIA
DA UNIVERSIDADE FEDERAL
DO RIO GRANDE DO SUL -



Continuação do Parecer: 4.331.008

concordância	.pdf	19:33:08	AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	Anuencia_PrefeituraViamao.pdf	30/05/2020 19:55:46	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Outros	COMPESQ_Parecer.pdf	30/05/2020 19:50:26	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	06/05/2020 18:55:33	EDUARDO AUGUSTO REMOR	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

PORTO ALEGRE, 09 de Outubro de 2020

Assinado por:
Jerusa Fumagalli de Salles
(Coordenador(a))

Endereço: Rua Ramiro Barcelos, 2600 Sala 116
Bairro: Santa Cecília CEP: 90.035-003
UF: RS Município: PORTO ALEGRE
Telefone: (51)3308-5698 Fax: (51)3308-5698 E-mail: cep-psico@ufrgs.br

ANEXO B — Instrumento Screenphiv (original)

SCREENPHIV – Screening tool for psychological issues related HIV

A continuación encontrarás una serie de afirmaciones relacionadas con distintos aspectos que influyen en la calidad de vida de las personas con VIH. Por favor, lee cuidadosamente cada una de las frases y responde con una (X) a lo largo de la línea, como si fuera una línea de 0 a 100, dependiendo de lo característica que sea de tu situación actual.

A continuación te mostramos un ejemplo de cómo dar respuesta a las preguntas.

En el enunciado “Me gusta tomar helado” te mostramos cinco tipos de respuesta distintas que podrías dar. Recuerda que puedes poner la (X) a lo largo de toda la línea (0 a 100) según lo característico que sea en ti.

Me gusta tomar helado	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
Tomar helado me resulta indiferente	

Me gusta tomar helado	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
Tomar helado me gusta un poco	

Me gusta tomar helado	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
Me encanta tomar helado	

Me gusta tomar helado	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
No me gusta tomar helado en absoluto	

Me gusta tomar helado	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
Tomar helado no me gusta demasiado	

AS1. Gracias a la gente de mí alrededor sigo adelante porque me dan fuerzas para superar las dificultades del VIH.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí

AS2. Siento que tengo a gente a mi alrededor con quien puedo contar cuando lo necesito. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
AS6. Siento que no estoy solo/a ante el VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
A4. Creo que resulto una persona interesante para los demás. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
A5. Creo que los demás piensan cosas bonitas sobre mí. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
IC3. Me gusta mi cuerpo. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
IC4. Me siento a gusto con mi cuerpo. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
IC1. Los efectos secundarios de la medicación han dejado huella en mi cuerpo. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
IC2. Haciendo un pequeño arreglo estético en mi cuerpo me vería mejor. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
IC5. Me avergüenza mostrar mi cuerpo. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ACP1. Cuando tengo delante un problema relacionado con el VIH trato de buscar alternativas para solucionarlo. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ACP2. Busco alternativas para solucionar los problemas que me trae el VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ACP3. Hago frente a los problemas tomando las decisiones que sean necesarias para resolverlos. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
RP1. Vivo con más intensidad la vida y disfruto más de las pequeñas cosas desde que tengo VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí

<p>RP2. Desde que tengo VIH he aprendido a valorar más la vida.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>RP3. Tener el VIH me ha hecho ver la vida con otros ojos y disfrutar más de las cosas.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>O1. Ser optimista me ayuda a superar los problemas que me trae el VIH.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>O3. Intento ver el lado positivo de las cosas.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>PM1. Mi vida me sigue ilusionando y tengo metas por lograr.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>PM2. Tener el VIH me ha dado la oportunidad para encontrarme a mí mismo/a.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>PM3. Siento que todo lo que me está pasando tiene un sentido.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>CVP1. Desde que tengo VIH, siento que he cambiado la forma de ver la vida.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>CVP2. Desde que tengo VIH, mis prioridades en la vida han cambiado.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>CVP3. Tener VIH me ha ayudado a replantearme la vida.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>AP2. Me siento capaz de tomar mis propias decisiones sobre las cosas que son importantes de mi vida.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>AP3. Hago lo que quiero sin sentirme presionado/a por mi entorno.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>
<p>SE1. Desde que tengo el VIH me siento cada vez más solo/a.</p> <p>Nada característico de mí</p>	<p>Completamente característico de mí</p>

SE2. Desde que tengo el VIH me he ido aislando de todo el mundo.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
SE3. Siento que nadie puede comprender lo que me pasa.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ASS2. Prefiero evitar tener relaciones sexuales porque temo transmitir el VIH a otras personas.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ASS3. Desde que tengo VIH, mi actitud hacia el sexo ha cambiado mucho y ya no lo veo de una manera tan positiva.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ASS4. Desde que sé que tengo VIH ha disminuido mi deseo sexual.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
RE3. Sé que voy a tener VIH para el resto de mi vida, que no es una enfermedad temporal.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
RE4. Tener VIH ha cambiado mucho mi calidad de vida.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
RE8. Tener VIH me produce mucho miedo.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
AE1. Procuo distraerme o hacer cualquier cosa para no pensar en los problemas que me trae el VIH.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
AE2. Intento no pensar en los problemas que tengo.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
AE3. Prefiero olvidarme de que tengo el VIH y de los problemas que me ocasiona.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí
PE1. Me preocupan los problemas económicos que puedo tener por causa del VIH.	
Nada característico de mí	Completamente característico de mí

PE2. Tener el VIH me causa problemas económicos. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
PE3. Mi vida laboral se ha visto afectada por el VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ED1. Personalmente, me siento rechazado/a por tener VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ED2. He sido víctima de discriminación por parte de algunas instituciones públicas o privadas (p.ej.: trabajo, ámbito sanitario, etc.). Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ED3. En la sociedad existe rechazo hacia las personas con VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ED4. El rechazo que existe en nuestra sociedad hacia las personas con VIH me preocupa (o me angustia) mucho. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
EI3. Pienso que ya nadie me va a querer porque tengo VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
EI4. Pienso que me va a ser difícil encontrar una pareja porque tengo VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
EI6. Tener el VIH me hace sentir inferior al resto de la gente. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ES1. Tener el VIH me genera un estado de estrés constante. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ES2. Siento que no puedo con todo lo que me está pasando. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
ES3. Me siento angustiado/a por tener el VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
AD2. Me hundo fácilmente y me cuesta ver el lado positivo de las cosas. Nada característico de mí	Completamente característico de mí

AD3. Me cuesta deshacerme de los pensamientos negativos que tengo. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
AD5. Siento que ya no me interesan las cosas. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
APC1. Participo activamente en alguna asociación o actividades colectivas en defensa de los derechos de las personas con VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
APC2. Ser activista por los derechos de las personas que tenemos VIH me ha dado fuerzas para seguir adelante. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
APC3. Luchar por los derechos de las personas que tienen VIH me ha ayudado a comprender que yo también tengo derecho a una vida digna. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
HS2. Procuro cuidarme, alimentarme bien y descansar como receta para seguir con salud y mantener el VIH bajo control. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
HS3. Hago ejercicio físico y eso me ayuda a sentirme mejor en todos los aspectos. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
HS4. Me gusta estar activo/a y moverme (p.ej.: pasear, ir en bicicleta o hacer algún tipo de deporte). Nada característico de mí	Completamente característico de mí
IE2. Estoy pendiente de las novedades científicas sobre la infección por VIH. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
IE3. Leo o busco información sobre el VIH siempre que necesito. Nada característico de mí	Completamente característico de mí
IE4. Dispongo de información suficiente sobre los recursos sociales y sanitarios disponibles. Nada característico de mí	Completamente característico de mí

ANEXO C — Instrumento Screenphiv (traduzido)

SCREENPHIV – Screening Measure for Psychological Issues Related HIV Infection – Tradução brasileira

Responsável técnico: Prof. Dr. Eduardo Remor, Universidade Federal do Rio Grande do Sul

Instruções

Abaixo, você encontrará uma série de afirmações relacionadas a situações que afetam a vida das pessoas com HIV. Leia cada uma das frases cuidadosamente e responda assinalando ao longo da linha de 0 a 100, dependendo do quanto a frase identifica a sua situação atual.

- AS1 Graças às pessoas ao meu redor sigo em frente, porque me dão forças para superar as dificuldades do HIV.
 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
 0 _____ 100 ()
- AS2 Sinto que tenho pessoas ao meu redor que posso contar quando preciso.
 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
 0 _____ 100 ()
- AS6 Sinto que não estou só diante do HIV.
 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
 0 _____ 100 ()
- Acho que sou uma pessoa interessante para os outros.
- A4 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
 0 _____ 100 ()
- Acho que as outras pessoas pensam coisas boas a meu respeito.
- A5 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
 0 _____ 100 ()
- Eu gosto do meu corpo.
- IC3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
 0 _____ 100 ()
- Me sinto bem com meu corpo.
- IC4 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
 0 _____ 100 ()
- Os efeitos colaterais da medicação têm deixado marcas no meu corpo.
- IC1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
 0 _____ 100 ()
- IC2 Me sentiria melhor se fizesse um pequeno ajuste estético em meu corpo.

- “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Tenho vergonha de mostrar meu corpo.
- IC5 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Quando tenho um problema relacionado ao HIV, tento encontrar alternativas para resolvê-lo.
- ACP1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Procuo alternativas para solucionar os problemas que o HIV me traz.
- ACP2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Enfrento os problemas tomando as decisões necessárias para resolvê-los.
- ACP3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Vivo com mais intensidade e desfruto mais das pequenas coisas desde que tenho HIV.
- RP1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Aprendi a dar mais valor a vida desde que descobri o HIV.
- RP2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Ter HIV me fez ver a vida com outros olhos e desfrutar mais das coisas.
- RP3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Ser otimista me ajuda a superar os problemas que o HIV me traz.
- 01 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Tento ver o lado positivo das coisas.
- 03 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Sigo animado com minha vida e tenho metas para alcançar.
- PM1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
Ter HIV me deu a oportunidade de encontrar a mim mesmo(a).
- PM2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- PM3 Sinto que tudo que estou passando tem um sentido.

- “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Desde que eu tenho HIV, sinto que mudei a maneira de ver a vida.
- CVP1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Desde que eu tenho HIV, minhas prioridades na vida mudaram.
- CVP2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Ter o HIV me ajudou a repensar minha vida.
- CVP3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Me sinto capaz de tomar minhas próprias decisões sobre as coisas importantes da minha vida.
- AP2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Faço o que quero sem me sentir pressionado(a) por quem está a meu redor.
- AP3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Estou a par das novidades científicas sobre a infecção por HIV.
- IE2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Eu leio ou busco informações sobre o HIV sempre que preciso.
- IE3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Tenho informações suficientes sobre os recursos sociais e de saúde disponíveis
- IE4 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Prefiro evitar fazer sexo porque tenho medo de passar o HIV para outras pessoas.
- ASS2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Desde que tenho HIV minha atitude frente ao sexo mudou muito e já não o vejo de uma forma tão positiva.
- ASS3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Meu desejo sexual diminuiu desde que sei que tenho HIV.
- ASS4 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()

- Tento me cuidar, comer bem e descansar como receita para me manter saudável e manter o HIV sob controle.
- HS2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Faço exercício físico e isso me ajuda a me sentir melhor em todos os aspectos.
- HS3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Eu gosto de ser ativo(a) e me mover (por exemplo: caminhar, andar de bicicleta ou praticar algum tipo de esporte).
- HS4 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Participo ativamente de alguma associação ou atividades coletivas em defesa dos direitos das pessoas com HIV.
- APC1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Ser ativista dos direitos das pessoas com HIV me deu forças para continuar.
- APC2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Lutar pelos direitos das pessoas com HIV me ajudou a entender que também tenho direito a uma vida decente.
- APC3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Estou preocupado(a) com os problemas financeiros que eu possa ter devido ao HIV.
- PE1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Ter HIV me causa problemas financeiros.
- PE2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Minha vida profissional foi afetada pelo HIV.
- PE3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Pessoalmente, me sinto discriminado(a) por ter HIV.
- ED1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- ED2 Fui vítima de discriminação por algumas instituições públicas ou privadas (por exemplo: trabalho, saúde, etc).

- “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Na sociedade, há discriminação contra as pessoas com HIV.
- ED3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- A discriminação contra as pessoas com HIV que existe em nossa sociedade me preocupa (ou me angustia).
- ED4 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Eu acho que ninguém mais vai me amar porque eu tenho HIV.
- EI3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Eu acho que vai ser difícil encontrar um(a) parceiro(a) por que eu tenho HIV.
- EI4 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Ter HIV me faz sentir inferior a outras pessoas.
- EI6 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Ter HIV me gera um estado de estresse constante.
- ES1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Sinto que não consigo lidar com tudo que está acontecendo comigo.
- ES2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Me sinto angustiado(a) por ter HIV.
- ES3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Me entristeço facilmente e acho difícil ver o lado positivo das coisas.
- AD2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Eu tenho dificuldade em me livrar dos pensamentos negativos que tenho.
- AD3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Sinto que já não me interesso pelas coisas.
- AD5 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()

- Eu tento me distrair ou faço qualquer coisa para evitar pensar nos problemas que o HIV me traz.
- AE1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Tento não pensar nos problemas que tenho.
- AE2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Prefiro esquecer que tenho HIV e dos problemas que isso me causa.
- AE3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Desde que tenho HIV me sinto cada vez mais sozinho.
- SE1 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Desde que eu tenho HIV eu tenho me isolado de todos.
- SE2 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Sinto que ninguém consegue compreender o que está acontecendo comigo.
- SE3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Sei que vou ter HIV para o resto da vida, que não é uma doença passageira
- RE3 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Ter HIV mudou muito minha qualidade de vida.
- RE4 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()
- Ter HIV me deixa com muito medo.
- RE8 “Não me identifico em nada” “Me identifico completamente”
0 _____ 100 ()

ANEXO E — Escala VAS- Adesão

Ficariamos surpresos se a maioria das pessoas tomasse 100% dos medicamentos. Abaixo, 0% significa que você não tomou tratamento antiretroviral no mês anterior, 50% significa que você tomou metade do seu tratamento antiretroviral no mês anterior e 100% significa que você tomou todas as doses no mês anterior. Que porcentagem do seu tratamento antirretroviral você tomou?

0 _____ 50 _____ 100

ANEXO F — Questionário sociodemográfico

Para finalizar, apresentamos perguntas para a caracterização do perfil dos respondentes do estudo.

Quantos anos você tem?

Marque a opção que melhor define a sua identidade de gênero (o gênero do qual você se considera)

- mulher trans
- travesti
- homem
- homem trans
- não sabe

Qual sua orientação sexual?

- Heterossexual
- Homossexual
- Bissexual
- Não sabe
- Outro - especifique

Quantos anos você frequentou a escola?

- 1 a 3 anos de escolaridade
- 4 a 6 anos de escolaridade
- 7 a 9 anos de escolaridade
- 10 a 12 anos de escolaridade
- Ensino técnico completo
- Ensino superior incompleto
- Ensino superior completo
- Pós-graduação

Qual raça/cor você se identifica?

- Preta
- Branca
- Parda
- Indígena
- Amarela
- Não quero informar

Qual sua situação laboral

- Empregado
- Desempregado
- Autônomo
- Biscate
- Benefício social
- Outro

Qual sua situação conjugal?

- Sozinho/a
- Com parceiro/a fixo/a
- Sem parceiro/a fixo/a

Há quanto tempo você foi diagnosticado com HIV? (indique o tempo em anos)

Onde você se trata para o HIV?

- SAE Viamão – ambulatório especializado
- SAE Alvorada – ambulatório especializado
- SAT – Sanatório Partenon
- Outro

Faz uso de antirretroviral?

- Sim
- Não

Você já abandonou seu tratamento para o HIV alguma vez?

- Sim
- Não

Atualmente sua carga viral está indetectável?

- Sim
- Não

Você fuma?

- Sim
- Não
- Deixou de fumar a mais de 10 anos
- Deixou de fumar a menos de 10 anos
- Nunca fumou

Considerando os últimos 5 anos, você faz ou já fez uso de alguma substância psicoativa?

- Álcool
- Maconha
- Cocaína aspirada
- Cocaína injetável
- Anfetaminas
- Outra
- Não, nunca.

Você se considera praticante de alguma religião?

- Sim
- Não

FIM DO QUESTIONÁRIO, MUITO OBRIGADA POR SUA COLABORAÇÃO!

ANEXO G — Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFRGS

Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde - GPPS

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar de uma pesquisa acadêmica do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (UFRGS), intitulada: “Os fatores psicossociais associados a adesão aos cuidados de saúde no tratamento para o HIV/AIDS”. O trabalho está sendo realizado pela mestranda Karin de Mello Ribeiro, sob a orientação e supervisão do Professor Dr. Eduardo Remor.

O objetivo geral deste estudo pretende identificar fatores psicossociais protetivos e de risco que interferem no processo de adesão aos cuidados de saúde da pessoa vivendo com HIV/AIDS na rede pública de saúde. Para atingir este objetivo, será realizada a adaptação cultural buscando evidências de validade do instrumento **Screenphiv** (Screening measure for psychological issues related HIV infection), bem como, o levantamento de dados do prontuário de atendimento dos pacientes do serviço considerados relevantes ao seu tratamento.

Para colaborar voluntariamente neste estudo, você irá responder a um protocolo de avaliação online, com duração prevista de 25 a 30 minutos, abordando temas relacionados ao viver com HIV/AIDS. Suas respostas pessoais serão mantidas sigilosas, estarão armazenadas nessa plataforma de pesquisa online segura (<https://ptsurveymonkey.com/>), disponíveis apenas para os pesquisadores. Os dados obtidos através do questionário serão utilizados somente para pesquisa, sendo armazenados de forma segura pelos pesquisadores responsáveis durante 5 (cinco) anos na sala do grupo de pesquisa GPPSLab, sala 219, após, destruídos adequadamente, conforme preconiza a Resolução 466/12.

Eu, _____, declaro que recebi as informações sobre os objetivos e a importância desta pesquisa de forma clara e concordo em participar do estudo voluntariamente. Além disso, autorizo o acesso ao prontuário clínico para a obtenção de informações relevantes para a realização da pesquisa.

Declaro que fui informado que:

a) Minha participação é voluntária e terei a liberdade de retirar meu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem que isso traga prejuízo para minha vida pessoal, nem para o seguimento de meu atendimento na instituição.

b) Garantia de receber resposta a qualquer pergunta ou esclarecimento acerca dos assuntos relacionados a esta pesquisa.

c) Não serei identificado quando da divulgação dos resultados e que as informações serão utilizadas somente para fins científicos do presente projeto de pesquisa.

d) Os riscos decorrentes de minha participação no estudo são de que posso experimentar algum desconforto ao preencher os instrumentos, além de um possível risco não previsto pelos pesquisadores. Para este caso, se desejar, posso entrar em contato e serei encaminhado para atendimento apropriado.

e) O benefício direto de minha participação no estudo relaciona-se a uma oportunidade de refletir sobre aspectos relacionados ao viver com HIV/AIDS e, como benefício indireto, estarei contribuindo para fins de pesquisa e expansão do conhecimento sobre o viver com HIV/AIDS.

Para qualquer outra informação você poderá entrar em contato com a pesquisadora Karin de Mello Ribeiro pelo e-mail karin.demello.ribeiro@gmail.com ; pelos telefones (51) 3308 5261/ 3308 5246 e endereço: Programa de Pós-Graduação em Psicologia da UFRGS – Rua Ramiro Barcelos, 2600 – Térreo ou Grupo de Pesquisa em Psicologia da Saúde (GPPS) – Sala 113, CEP: 90035003 – Porto Alegre (RS).

Se houverem dúvidas quanto a questões éticas, poderá contatar o Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia, Rua Ramiro Barcelos, 2600, Porto Alegre – RS. Telefones: (51) 3308-5066 (Secretaria Geral do Instituto de Psicologia). E-mail: cep-psico@ufrgs.br.

Ao clicar sobre o botão “Eu concordo em participar da pesquisa” abaixo, você estará afirmando que concorda em participar do estudo, tendo compreendido as informações acima e sabendo que sua participação é voluntária, que seus dados serão mantidos em sigilo e que pode deixar de participar quando quiser, apenas fechando a janela de navegação, sem quaisquer prejuízos.

[Eu concordo em participar da pesquisa]

Se você desejar obter uma cópia do seu consentimento, por favor clique no menu do seu navegador e em “imprimir”.

Muito obrigado por sua participação!

Karin de Mello Ribeiro
Eduardo Remor