



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**ADESÃO A TRATAMENTO, RISCO PSICOLÓGICO E *DISTRESS* EM
PESSOAS VIVENDO COM HIV**

Aline Rosa da Costa

Brasília, DF

Fevereiro, 2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
INSTITUTO DE PSICOLOGIA
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA CLÍNICA E CULTURA

**ADESÃO A TRATAMENTO, RISCO PSICOLÓGICO E *DISTRESS* EM
PESSOAS VIVENDO COM HIV**

Aline Rosa da Costa

Dissertação apresentada ao Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília como requisito parcial à obtenção do título de Mestre em Psicologia Clínica e Cultura, linha de pesquisa Psicologia da Saúde e Contextos Clínicos.

Orientadora: Profa. Dra Eliane Maria Fleury Seidl

Brasília, DF

Fevereiro, 2022

UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA

INSTITUTO DE PSICOLOGIA

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO APROVADA PELA BANCA EXAMINADORA:

Profa. Eliane Maria Fleury Seidl – Presidente

Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília - IP/UnB

Dra. Juciléia Rezende Sousa - Membro Externo

Fundação Universidade de Brasília - Hospital Universitário de Brasília

Profa. Elizabeth Queiroz - Membro Interno

Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília- IP/UnB

Profa. Herica Landi de Brito - Membro Suplente

Centro Universitário Alves Faria (UNIALFA)

Agradecimentos

Agradeço imensamente a Prof. Eliane Seidl por todos os ensinamentos, tanto teóricos, quanto metodológicos e práticos. Percebo que, apesar das dificuldades que atravessaram os nossos caminhos, como distância, pandemia e outros mais, todo esse contato agregou grande crescimento pessoal e profissional a mim, além de gratas surpresas ao longo de todo processo. Eliane se tornou exemplo de profissional e mulher forte que quero sempre manter por perto.

Quando me refiro a gratas surpresas, o mestrado, como um todo, me proporcionou o contato com diferentes pessoas que se tornaram amigos e colegas de trabalho. Por isso, em especial, agradeço ao HDT e toda a sua equipe por ter me acolhido como pesquisadora e ter aberto portas para que eu pudesse mostrar todo meu potencial, além de me apresentar queridos amigos e excelentes profissionais, como: Alexandre, Whigney, Gina, Beatrix e Carla Simone.

Ainda, 130 pessoas que se encontravam na instituição, compartilharam as suas histórias e vivência com o HIV, mesmo que em contexto de pesquisa, que me fizeram repensar questões pessoais e profissionais. Foram grandes ensinamentos sobre um universo permeado por realidades diversas, momentos de alegria, amor e tristeza. Por isso, agradeço por me permitirem ouvi-los, acolhê-los e me acolher.

Com grande amor e carinho, agradeço também a meu companheiro de vida e estrada Rodrigo, por todo suporte instrumental e emocional ao longo destes anos em que estamos juntos. Sem todo o seu auxílio e incentivo, nada seria possível. Obrigada por ter “segurado a barra”, por me cuidar e permitir ser cuidado para que hoje possamos colher os frutos de tamanho esforço.

Por fim, mas não menos importante, agradeço à minha família pelo incentivo e suporte, mesmo com diversas preocupações com os desafios que percorri. E ainda, como

minha família, agradeço à querida amiga Gabriela, por ter sido companheira nas dificuldades e felicidades, além de grande exemplo de profissional.

Resumo

Após quatro décadas dos primeiros casos notificados da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids), constatam-se avanços significativos no desenvolvimento de estratégias terapêuticas para promover o controle clínico, o que desencadeou a diminuição da morbimortalidade por aids e melhora da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV (PVHIV). No entanto, desafios persistem, como a adesão ao tratamento e as variáveis intrínsecas a esse processo. O objetivo da presente pesquisa foi investigar a influência de variáveis sociodemográficas, médico-clínicas, de risco psicológico de não ajustamento à soropositividade e ocorrência de *distress* sobre a adesão ao tratamento de PVHIV. Com delineamento transversal e observacional de abordagem quantitativa, a amostra foi composta por 130 usuários acompanhados em Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids do município de Goiânia (GO), em nível ambulatorial ou de internação. Foram utilizados questionários sociodemográficos e médico-clínico, além dos instrumentos Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) e Indicador de Risco Psicológico (IRP) para avaliação dos participantes. Na amostra de conveniência 63,8% eram do sexo masculino, com média de idade igual a 37,6 anos ($DP=12,09$, variando de 18 a 66 anos). A maioria tinha ensino médio completo, referiu renda familiar de menos de um a três salários mínimos, não vivia com companheiro(a) e residia em diversos municípios do estado de Goiás. Grande parte (82,3%) apresentava carga viral indetectável. Após análises preliminares e bivariadas, níveis de adesão foram associados significativamente com as variáveis idade ($U= 1550,5$; $df=1$; $p < 0,05$) e interrupção do tratamento por conta própria ($U= 933,500$; $df=1$; $p < 0,001$). Análises do coeficiente de *Spearman* mostraram correlação moderada negativa entre adesão e *distress* ($\rho=-0,46$; $p<0,001$; variância compartilhada=21,2%); e adesão e risco psicológico ($\rho=-0,45$; $p<0,001$; variância compartilhada=20,3%). Na análise de regressão múltipla (método *forward*), a variável que mais fortemente impactou os níveis de adesão foi a interrupção por conta própria da TARV, explicando 21,2% do desfecho. As demais variáveis — idade e risco psicológico de não ajustamento — por sua vez, explicaram 15,3% da variância da adesão. A variável *distress* não entrou no modelo final. Em suma, não ter interrompido a TARV por conta própria ao longo da história de tratamento, ter mais idade e escores indicativos de ausência/baixo risco psicológico de não ajustamento parecem prever melhores níveis de adesão, segundo os resultados. Observou-se a compatibilidade dos resultados sociodemográficos e médico-clínicos com as tendências epidemiológicas, além da confirmação das hipóteses: PVHIV com níveis de adesão estrita não apresentam níveis relevantes de *distress* e de risco psicológico de não ajustamento; ausência de interrupção da TARV por conta própria está associada a níveis mais altos de adesão; escores mais altos de *distress* estão associados a maior risco de não ajustamento à condição crônica. Por fim, ressalta-se a importância da adesão ao tratamento de PVHIV, principalmente por se tratar de um problema de saúde pública e sua dinamicidade ser permeada por diversas variáveis que podem se comportar como fatores de risco ou de proteção. O estudo tem implicações práticas na atenção em HIV/aids, alertando para a relevância de medidas de cuidado, acolhimento e avaliação psicossocial a serem inseridas nas rotinas dos serviços de saúde.

Palavras-chave: HIV/aids; Adesão a tratamento; Risco psicológico; *Distress*.

Abstract

After four decades of the first reported cases of Acquired Immunodeficiency Syndrome (AIDS), there have been significant advances in the development of therapeutic strategies in order to promote clinical control, which triggered a decrease in morbidity and mortality from AIDS and improving the quality of life of people living with HIV (PLHIV). However, challenges persist, such as adherence to treatment and the variables intrinsic to this process. The purpose of present research was investigate the influence of sociodemographic, medical-clinical, psychological risk of non-adjustment to seropositivity and occurrence of distress on adherence to PLHIV treatment. With a cross-sectional and observational design with a quantitative approach, the sample consisted of 130 users followed up in a Specialized Assistance Service in HIV/AIDS in Goiânia city, on an outpatient or inpatient basis. Were used sociodemographic and medical-clinical questionnaires, in addition to the Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD) and Indicador de Risco Psicológico (IRP) to assess participants. At convenience sample 63.8% were male, with a mean age of 37.6 years (SD=12.09, ranging from 18 to 66 years old). Most part had completed high school, reported income family member of less than one to three minimum wages, did not live with a partner and lived in several municipalities in the state of Goiás, Brazil. Most (82.3%) had an undetectable viral load. After preliminary and bivariate analyses, levels of adherence were significantly associated with the variables age ($U=1550.5$; $df=1$; $p < 0.05$) and interruption of treatment on its own ($U=933,500$; $df=1$; $p < 0.001$). Analysis of the Spearman coefficient showed a moderate correlation negative between adherence and distress ($\rho=-0.46$; $p < 0.001$; shared variance=21.2%); adherence and psychological risk ($\rho=-0.45$; $p < 0.001$; shared variance=20.3%). In regression analysis (forward method), the variable that most strongly impacted adherence levels was interruption of ART on its own, explaining 21.2% of the outcome. The other variables — age and psychological risk of non-adjustment — in turn, explained 15.3% of the variance in accession. The distress variable did not enter the final model. In short, not having interrupted ART for on their own throughout the treatment history, being older and having scores indicative of absence/low psychological risk of non-adjustment seem to predict better levels of adherence, according to the results. The compatibility of the results was observed in the sociodemographic and medical-clinical data, with the epidemiological trends in addition to the confirmation of the hypotheses: PLHIV with strict adherence levels do not present relevant levels of distress and risk psychological non-adjustment; failure to discontinue ART on its own is associated with higher levels of adherence; Higher distress scores are associated with a higher risk of not adjustment to the chronic condition. Finally, the importance of adherence to the treatment of PLHIV, mainly because it is a public health problem, and its dynamics is permeated by several variables that can behave as risk or protective factors. This study has practical implications for HIV/AIDS care, alerting to the relevance of measures of care, reception and psychosocial assessment to be included in the routines of health services.

Keywords: HIV/AIDS; Treatment Adherence; Psychological Risk; *Distress*.

Sumário

Agradecimentos	IV
Resumo	VI
Abstract	VII
Lista de Figuras	X
Lista de Tabelas	XI
Lista de siglas	XII
Apresentação	XIII
Introdução	12
Capítulo 1	15
HIV/aids e Dados Epidemiológicos.....	15
Capítulo 2	21
Adesão a Tratamento em HIV/aids e Métodos de Avaliação	21
Adesão a Tratamento.....	21
Avaliação da Adesão.....	25
Capítulo 3	29
Ajustamento e Respostas ao Processo de Adoecimento	29
Ajustamento ao Adoecimento Crônico	29
Respostas ao Processo de Adoecimento: Ansiedade e Depressão em HIV/aids.....	32
Capítulo 4	34
Justificativa, Objetivos e Hipótese da Pesquisa	34
Justificativa.....	34
Objetivo Geral.....	34
Objetivos Específicos.....	34
Hipóteses	35
Capítulo 5	36
Método	36
Tipo de Estudo	36
Participantes	36
Instrumentos	40

Procedimento de Coleta de Dados	42
Análise de Dados.....	43
Capítulo 6	46
Resultados	46
Adesão, Distress e Risco Psicológico: Análises Descritivas.....	46
Análises Bivariadas com a Variável Adesão ao Tratamento	47
Investigando preditores da adesão ao tratamento em pessoas com HIV.....	52
Capítulo 7	55
Discussão	55
Características Sociodemográficas, Médico-clínicas e Tendências Epidemiológicas	55
Risco Psicológico e Distress	58
Adesão ao Tratamento e Preditores.....	60
Méritos e Limitações do Estudo.....	62
Capítulo 8	64
Considerações Finais	64
Referências.....	65
ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido	74
ANEXO 2 - Questionário Sociodemográfico.....	76
ANEXO 3 – Questionário médico-clínico	77
ANEXO 4 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD.....	78
ANEXO 5 - Indicador de Risco Psicológico – IRP.....	80

Lista de Figuras

- Figura 1** *Casos de HIV e de Aids Notificados entre os Anos de 2010 a 2019.***15**
- Figura 2** *Taxa de Detecção, por 100.000 habitantes, de Casos de Aids Notificados em Estados do Centro-Oeste entre os Anos de 2010 a 2019.*.....**17**
- Figura 3** *Adesão e Perda de Seguimento de TARV: Número de Indivíduos de 2009 a 2019.***18**

Lista de Tabelas

Tabela 1	<i>Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N=130)</i>	38
Tabela 2	<i>Dados Médico-Clínicos dos Participantes (N= 130)</i>	40
Tabela 3	<i>Análise Descritiva dos Escores Globais dos Instrumentos Utilizados (N=130) ...</i>	47
Tabela 4	<i>Análise Descritiva dos subfatores dos Instrumentos CEAT-VIH e IRP (N=130)...</i>	48
Tabela 5	<i>Comparação de Medianas do CEAT-VIH Segundo Variáveis Sociodemográficas e Médico-clínicas (N= 130)</i>	50
Tabela 6	<i>Associação entre Níveis de Adesão e de Carga Viral (N=130)</i>	51
Tabela 7	<i>Correlações Não Paramétricas (Spearman) entre as Variáveis Adesão ao Tratamento, Distress e Risco Psicológico (N=130)</i>	52
Tabela 8	<i>Variáveis Predictoras de Adesão ao Tratamento (N=130)</i>	53

Lista de siglas

aids	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretroviral
CEAT-VIH	Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral
CV	Carga viral
DCCI	Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com homens
IRP	Indicador de Risco Psicológico
MS	Ministério da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PVHIV	Pessoas vivendo com HIV
SVS	Secretaria de Vigilância em Saúde
SUS	Sistema Único de Saúde
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
TARV	Terapia Antirretroviral
UF	Unidades Federadas

Apresentação

Em meados de 2012, ainda na graduação do curso de Psicologia da Universidade Federal de Goiás (UFG), tive contato com um professor pequeno no tamanho, mas enorme no conhecimento que detinha e paixão por aquilo que fazia: Prof. Maurício Campos. Ele era incumbido das aulas de Psicologia da Saúde, que apresentava com grande didática e *performance*, além de atuar como orientador de estágio na área. Por ele, foi-me dada a oportunidade de ter contato com o campo da saúde, mais especificamente em contexto hospitalar.

Foi a partir de tal oportunidade que percebi a olhar o universo de possibilidades de atuação profissional em Psicologia da Saúde e, mesmo que minimamente, colocar em prática os conhecimentos apreendidos no curso. Porém, com o fim da graduação, novos ciclos precisavam ser iniciados, e ingressei na Residência Multiprofissional em Saúde da UFG, no Hospital das Clínicas.

Esse espaço permeado de incertezas e desafios, com muito a se desbravar, foi um laboratório para a construção de conhecimentos, tanto teóricos quanto práticos, no lidar com o ser humano em sua fragilidade emocional e física. O adoecimento crônico era majoritariamente frequente neste contexto, e as suas reverberações tornaram-se objeto de pesquisa, como a adesão ao tratamento.

Dentre os pacientes que atravessaram o meu caminho, Nathanael foi o mais marcante. Vivia com HIV, com adesão insuficiente ao tratamento e diversas reinternações ao longo da vida. Chegou a ter linfócitos T CD4+ muito baixo e carga viral exorbitante, com real risco de morte, mas sempre surpreendia esta expectativa. Foi junto a ele, em atendimento psicológico e multiprofissional, que percebi a relação do processo saúde-doença e o fator adesão como algo dinâmico e multifatorial, além de pouco discutido naquele contexto de saúde, na residência.

Ao fim da residência, e em decorrência ao tipo de pesquisa realizada para o trabalho de conclusão, me apresentaram a possibilidade do mestrado na UnB para compreender o que era de fato a adesão e, principalmente, quais eram os fatores intrínsecos e extrínsecos nesse processo. Após meu ingresso, um mundo de novos conceitos e construções se abriu, que foram colocados em prática com a construção desta dissertação.

Introdução

Os primeiros casos registrados da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (aids) no Brasil, causada pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), se deram no início da década de 1980, permeados por aspectos morais, como a discriminação e o preconceito (Greco, 2015). Todavia, houve avanços significativos na descoberta da origem do vírus e os seus mecanismos, além de grande empenho para o desenvolvimento de estratégias terapêuticas com o intuito de promover o seu controle clínico (Jota, 2011).

Assim, em meados de 1987 foi lançado o primeiro medicamento antirretroviral (ARV), e ao longo do tempo a Terapia Antirretroviral (TARV) foi se desenvolvendo e se tornando cada vez mais simplificada, o que desencadeou a diminuição da morbimortalidade por aids e melhora da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) (Jota, 2011). Porém, ao lado de tais avanços, novos desafios surgiram, como a adesão ao tratamento e as variáveis intrínsecas a esse processo (Brasil, 2008).

Faz-se necessário compreender que adesão ao tratamento está além do cumprimento das prescrições médicas. Trata-se de um mosaico de aspectos biológicos, psicológicos, comportamentais, culturais e socioeconômicos que, ao interagirem, resultam em uma tomada de decisão racional, adotada pela PVHIV, permeada por suas crenças sobre o diagnóstico, o tratamento, as consequências do uso ou não das medicações, suas vulnerabilidades e a relação com a equipe profissional de saúde (Castro & Remor, 2018).

Diante da adesão insuficiente ou a perda de seguimento da TARV, diferentes impactos são observados, em decorrência da possibilidade de aumento da carga viral e debilidade do sistema imunológico, como o aparecimento de doenças oportunistas, falha terapêutica, perdas econômicas significativas, além de declínio da qualidade de vida (Brasil, 2008; Brasil, 2020; Castro & Remor, 2018). Por isso, é de grande importância desenvolver

estudos sobre o tema e discussões para a mobilização de políticas públicas visando o planejamento de intervenções que auxiliem no tratamento de PVHIV.

A dissertação está composta com oito capítulos. O primeiro capítulo intitulado "HIV/aids e dados epidemiológicos" apresenta uma composição panorâmica dos indicadores básicos, divulgados em 2020 por entidades governamentais, sobre as incidências de infecções pelo HIV e quadros de aids. Considera-se aqui, as porcentagens e proporções em diferentes aspectos ou variáveis, tais como: total de casos de HIV/aids no Brasil, distribuição de casos por regiões geográficas e unidades federativas (UF) e razão com base em variáveis socioeconômicas.

Em seguida, o Capítulo 2 apresenta, de forma ampla, as características do adoecimento crônico por infecção do HIV e as transformações da soropositividade ao longo do tempo quanto a necessidades e variáveis intrínsecas necessárias de serem compreendidas. Conseqüentemente, o conceito de adesão e os diferentes modos de avaliação são apresentados considerando a amplitude e dinamicidade envolvida em tal conceito e comportamento.

No Capítulo 3, discute-se o conceito de ajustamento e as respostas ao processo de adoecimento. Considerando a importância de se compreender que tal conceito se refere a um processo dinâmico entre as necessidades impostas pelo adoecimento e o indivíduo acometido pela condição, que apresentará um modo de lidar com as mudanças provocadas pela enfermidade ao longo da vida, podendo ocasionar um grau elevado de risco psicológico.

O quarto capítulo expõe a justificativa e os objetivos da presente pesquisa, e é seguido da descrição da sua execução e a trajetória metodológica no quinto capítulo. Inicialmente, é importante destacar que esta pesquisa foi realizada com PVHIV acompanhadas em um hospital especializado em doenças infectocontagiosas e dermatológicas, tanto em unidade de internação, quanto em ambulatório especializado em atendimento a HIV/aids. E a partir da coleta dos dados, pode-se apresentar, no Capítulo 6, os resultados do estudo.

No Capítulo 7 foram realizadas discussões dos dados a partir do referencial teórico apresentado nos capítulos iniciais e os dados obtidos com a amostra de participantes da pesquisa, visto que é exposto a caracterização sociodemográfica, médico-clínica e epidemiológica da amostra, risco psicológico e *distress*, adesão ao tratamento e seus preditores, e limitações do estudo. Por fim, o Capítulo 8 apresenta as considerações finais com destaque para os resultados satisfatórios e propondo sugestões de novos estudos.

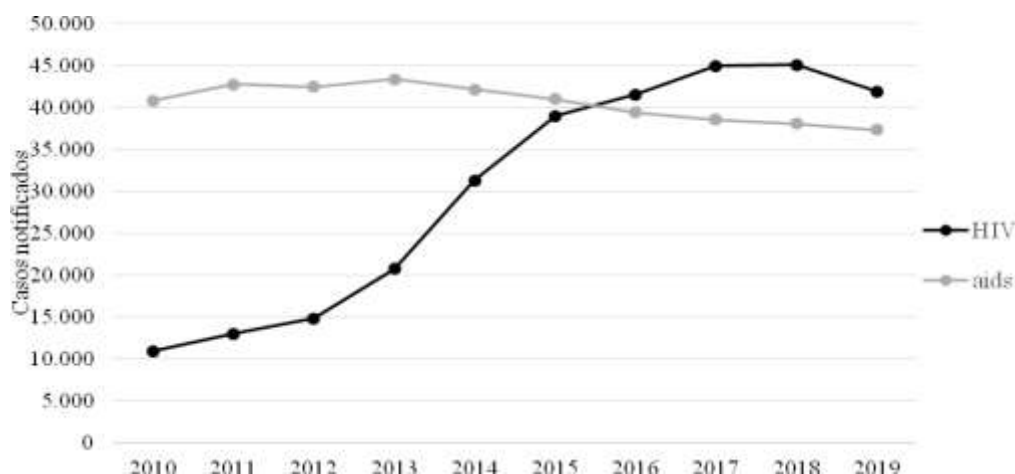
Capítulo 1

HIV/aids e Dados Epidemiológicos

De acordo com o Boletim Epidemiológico com dados referentes ao ano de 2019 (Brasil, 2020), do Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis, da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde (DCCI/SVS/MS) e os indicadores básicos de HIV/aids, em 2019 o número de casos de HIV notificados foi de 41.909. Quanto aos dados divulgados sobre novos casos de aids, foram notificados cerca de 37.308, o equivalente a uma taxa de 17,8 casos por 100 mil habitantes naquele ano (Figura 1). Assim, o país totaliza 1.011.617 casos de aids no período de 1980 até junho de 2020 (Brasil, 2020).

Figura 1

Casos de HIV e de Aids Notificados entre os Anos de 2010 a 2019.



De forma geral, os dados revelam uma diminuição crescente da detecção de novos casos de aids, uma taxa de 18,7%, o que configura, ao longo dos anos de 2013 a 2019, um decréscimo de 21,4 casos por 100 mil habitantes para 17,8 casos por 100 mil habitantes (Figura 1). Nessa mesma conjuntura, há registro na diminuição da taxa de óbitos por causas

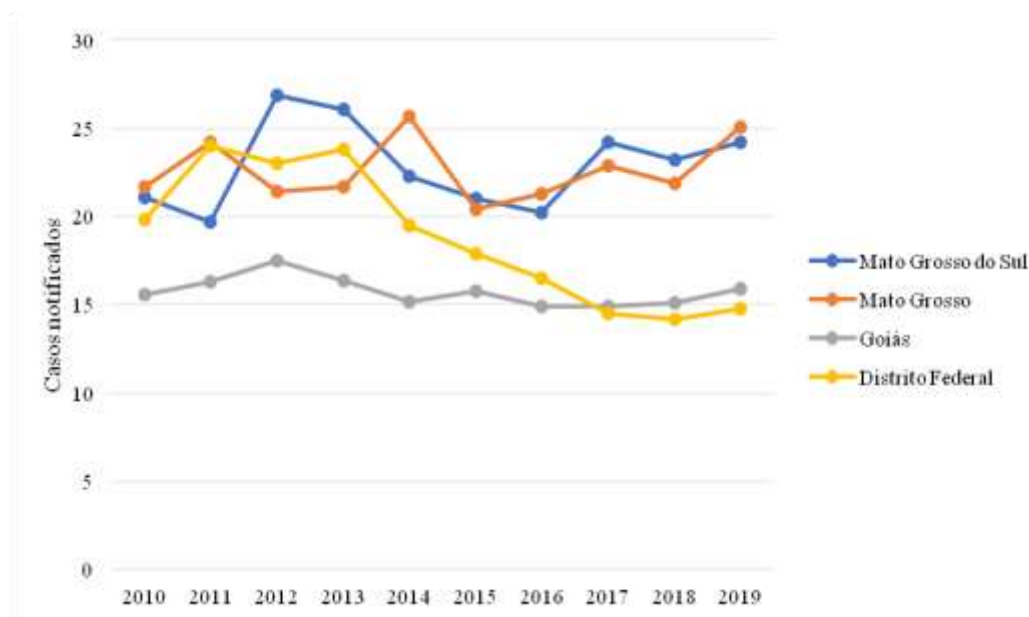
básicas da aids: um declínio de 28,1% entre 2014 a 2019, sendo que neste último ano ocorreram cerca de 10.565 óbitos (Brasil, 2020).

Após a apresentação dos dados gerais de casos notificados no Brasil, o boletim também demonstra a realidade que se configura nas divisões regionais. Assim, no ano de 2019, as regiões Sudeste e Nordeste apresentaram o maior número de casos notificados quando comparados às regiões Sul, Norte e Centro-oeste. Em percentuais, as regiões Sudeste e Nordeste atingem cerca de 35,25% e 25,65% do total de casos de HIV, e 32,38% e 21,42%, respectivamente, do total de casos de aids.

Especificamente, a região Centro-oeste teve a menor taxa de detecção no ano de 2019: cerca de 9,07% do total de casos de HIV e 7,42% do total de casos de aids notificados. Porém, por outra perspectiva, ao analisar as Unidades Federativas (UF) que compõem essa região, percebe-se um aumento crescente de notificações quando comparadas às taxas de detecção por 100 mil habitantes de 2010 até 2019, com exceção do Distrito Federal. O estado de Goiás apresenta uma tendência de crescimento (Figura 2) (Brasil, 2020).

Figura 2

Taxa de Detecção, por 100.000 habitantes, de Casos de Aids Notificados em Estados do Centro-Oeste entre os Anos de 2010 a 2019.



É importante destacar algumas variáveis sociodemográficas que o Boletim também apresenta, como sexo, faixa etária, escolaridade, orientação sexual e raça/cor autodeclarada, para compor a realidade epidemiológica do país. Dessa forma, sobre os casos de detecção do HIV segundo o sexo, os dados revelaram que, em 2019, houve cerca de 30.411 homens e 11.490 mulheres diagnosticados, uma razão de 26 homens para 10 mulheres (2,6). Quanto aos casos de aids, foram 26.141 homens e 11.161 mulheres diagnosticados, uma razão de 23 homens para 10 mulheres (2,3). Nota-se um aumento da razão de sexo devido ao crescimento de casos do sexo masculino em relação ao feminino: esse indicador que era 1,5 nos anos 2000, chegou a valor superior a 2 nos últimos anos (Brasil, 2020).

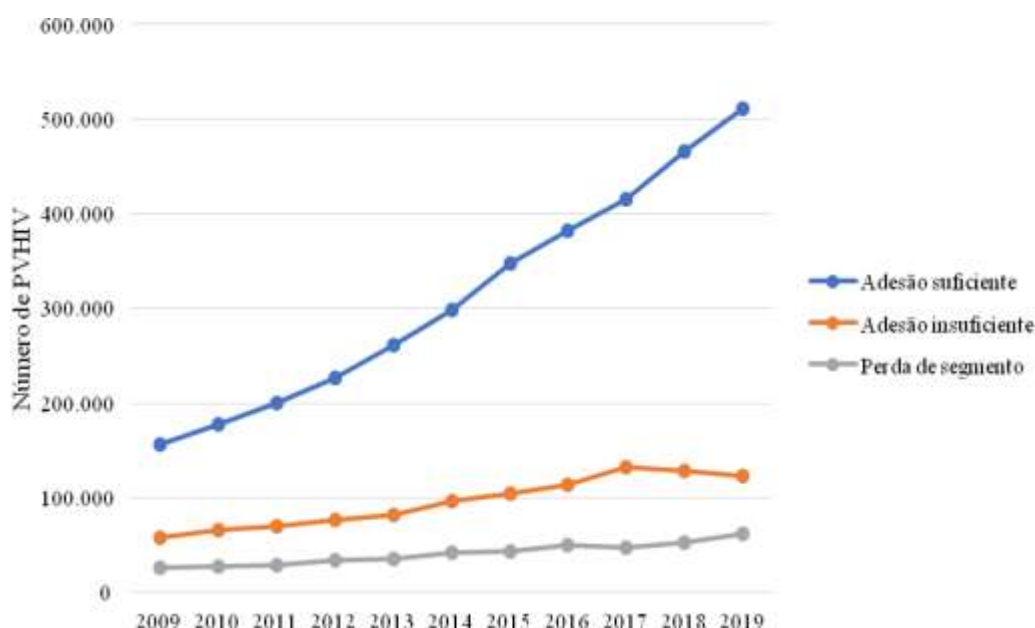
Para a variável faixa etária, observou-se uma maior notificação entre 25 a 29 anos de idade, com um percentual de 18,8% de casos de HIV e taxa de detecção da aids de 33,5 por 100 mil habitantes. Quanto à escolaridade, o maior percentual foi observado entre indivíduos

com ensino médio completo, 23,9% de PVHIV e 21,4% dos casos de aids. No que se refere à orientação sexual, para o sexo feminino, a categoria com maior taxa de exposição ao HIV foi a heterossexual, com 88% dos casos, assemelhando-se às taxas de aids, 87,3% para a mesma categoria. Para o sexo masculino, a maior taxa de exposição ao HIV pode ser observada em pessoas com orientação homossexual, 46,3% dos casos. Já para as taxas de detecção da aids, pessoas heterossexuais apresentaram o maior percentual, cerca de 39,5%. Sobre a variável raça/cor autodeclarada, ambas as taxas de detecção sinalizaram maiores percentuais para a parda, 46,8% e 46,6% respectivamente.

Quanto aos dados oficiais apresentados sobre adesão à terapia antirretroviral (TARV) pelo DCCI, que classifica esta variável em três níveis: adesão suficiente, insuficiente e perda de segmento com base na dispensação da TARV ao menos uma vez ao ano. Os dados divulgados informam que, no ano de 2019, cerca de 510.996 PVHIV apresentaram adesão suficiente, 122.881 adesão insuficiente e 61.842 tiveram perda de seguimento (Figura 3).

Figura 3

Adesão e Perda de Seguimento de TARV: Número de Indivíduos de 2009 a 2019.



Quando tais dados são comparados a anos posteriores, de 2009 até 2019, nota-se valores otimistas com o aumento crescente de PVHIV em adesão suficiente ao lado de decréscimo de adesão insuficiente. Porém, observa-se, também, um aumento discreto da perda de seguimento da TARV (Brasil, 2020) (Figura 3). Diante do exposto, é importante especificar que tais informações podem apresentar divergências devido a problemas de transferências de dados entre as esferas de gestão do Sistema Único de Saúde (SUS) ou demora em alimentação e notificação das bases de dados do Sistema de Informação de Agravos de Notificação (SINAN).

Merece menção que a situação epidemiológica brasileira se caracteriza por uma epidemia concentrada. As populações-chave são gays e outros homens que fazem sexo com homens (HSH), trabalhadoras do sexo, pessoas transexuais, privadas de liberdade ou que usam álcool e outras drogas. No que se refere às populações prioritárias, estão inseridas as populações jovem, negra, indígena e em situação de rua (Brasil, 2017). Esses aspectos são relevantes quando o tema adesão é abordado, pois vulnerabilidades psicossociais podem ampliar as dificuldades de autocuidado, incluindo a TARV.

Por fim, com base nos dados epidemiológicos anteriormente citados, é possível analisar os avanços e os resultados dos esforços empreendidos para o alcance da cascata de cuidado, as metas 90-90-90 propostas no relatório do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids (Brasil, 2021). Tais metas objetivavam que até 2020: 90% de PVHIV saberiam do seu status sorológico; 90% de PVHIV diagnosticadas em TARV; e 90% de PVHIV em TARV com carga viral (CV) indetectável (Brasil, 2021).

Assim, com base nos dados brasileiros do ano de 2020, 88% de PVHIV do país conheciam o seu status sorológico (primeira meta), e entre essa porcentagem, 81% possuíam acesso à TARV (segunda meta). Considerando a terceira meta, de PVHIV em TARV há pelo menos seis meses, 95% apresentavam CV indetectável (Brasil, 2021). Apesar da proximidade

com as metas 90-90-90, nota-se que ainda há desafios importantes para o Brasil tendo em vista os percentuais não atingidos preconizados pela UNAIDS para 2020.

Capítulo 2

Adesão a Tratamento em HIV/aids e Métodos de Avaliação

Adesão a Tratamento

Dada a configuração epidemiológica do HIV/aids ao longo dos anos e os dados apresentados no Capítulo 1, constata-se a diminuição considerável das manifestações clínicas associadas às infecções pelo HIV, possibilitada pelo surgimento da TARV, esquemas terapêuticos complexos que retardam o surgimento do quadro de imunodeficiência (Brasil, 2008). No Brasil, desde 1996 é garantido o acesso à terapia de forma universal e gratuita a todas as PVHIV, conseqüentemente, a soropositividade assumiu características de doença crônica, com melhora do prognóstico e ganhos na qualidade de vida dos usuários (Brasil, 2008; Brasil, 2020).

Apesar dos benefícios referentes ao acesso à TARV, não há garantia de sua plena efetividade, esta depende da adesão ao tratamento pela PVHIV. Por isso, o fator adesão tornou-se um aspecto prioritário nas políticas públicas de saúde (Brasil, 2007; Paschoal et al., 2014; Polejack & Seidl, 2010), visto que uma adesão insuficiente pode favorecer a falha terapêutica, o aparecimento de cepas virais ou bacterianas resistentes às drogas atualmente utilizadas, presença de sintomas ou infecções oportunistas, além de prejuízos psicossociais e perdas econômicas significativas (Castro & Remor, 2018).

Dito isto, é importante destacar que para que haja eficácia do tratamento é necessário que o uso do esquema terapêutico seja igual ou superior a 80,1% das doses prescritas, o que propicia a supressão viral e sua manutenção (Brasil, 2018). Também há evidências científicas de que PVHIV, com uso apropriado da TARV e supressão contínua da carga viral, apresenta risco zero de transmissão do vírus HIV por via sexual (Brasil, 2019; Rodger et al., 2019). Essa constatação embasa o protocolo "Tratamento como Prevenção" (TasP), em vigor desde

2013, que indica início do tratamento antirretroviral logo que o diagnóstico esteja confirmado, independente da contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral plasmática, além de ser uma das medidas mais relevantes para o controle da transmissão do HIV em uma comunidade: indetectável = intransmissível (Brasil, 2018, Hull et al., 2014).

Tais dados sugerem a importância e a necessidade da adesão ao uso do esquema terapêutico para uma melhor eficácia do tratamento e, conseqüentemente, redução da transmissão viral em uma coletividade, o que tem efeitos positivos em termos de saúde pública dada a possibilidade de redução dos níveis de novas infecções (Pinto & Figueiredo, 2018). Porém, é necessário considerar que a adesão sofre a interferência de fatores que vão muito além da ingestão de medicamentos, como aspectos físicos, psicológicos, socioeconômicos, culturais e comportamentais, além de preconizar corresponsabilidades compartilhadas entre PVHIV, profissionais de saúde e a rede de apoio social, devido à construção de confiança e vínculo entre todos os envolvidos (Brasil, 2008; Seidl & Remor, 2020).

Em um trabalho de revisão sistemática e metanálise, com base em pesquisas realizadas em 25 países da América Latina e do Caribe, fatores associados à adesão ao tratamento foram descritos (Costa et al., 2018). Os resultados revelaram que 70% das PVHIVs tinham bons níveis de adesão à TARV. As variáveis que se constituíram em barreiras à adesão identificadas nos estudos pesquisados foram: depressão, desemprego ou emprego irregular, abuso de álcool e outras drogas e quantidade de comprimidos do esquema terapêutico. Bons níveis de adesão foram associados à satisfação com a relação médico-paciente e com o serviço de saúde, e presença de apoio social.

Um estudo de Garbin et al. (2017) de revisão integrativa, que pesquisou as bases de dados *Bireme*, *Pubmed*, *Medline*, *Scielo*, *Scopus*, *Web Of Science* e *Cochrane Library*, analisou 11 artigos datados de 2009 a 2015 para verificar os níveis de adesão à TARV de

PVHIV no Brasil. Como resultado, os pesquisadores encontraram a variação de 18% a 74,3%, que são níveis muito diversificados, sendo que observaram alto percentual de adesão insuficiente a partir dos artigos analisados. Os autores apontaram ainda que a adesão pode sofrer influências negativas de fatores relacionados ao perfil socioeconômico de PVHIV, da aceitação e nível de compreensão do diagnóstico, de sintomas psicológicos e da percepção do suporte social (Garbin et al., 2017).

Tais dados vão ao encontro dos achados de Carvalho et al. (2019), que utilizaram da estratégia PICO para identificar na literatura fatores associados à adesão a TARV em adultos. Como resultado, de acordo com as normas PRISMA, selecionaram 125 artigos nacionais e internacionais. De forma didática, os achados foram agrupados em cinco categorias, tais como: variáveis individuais; características do tratamento; características da infecção pelo HIV/aids; relação com o serviço de saúde; e apoio social. Ademais, foram identificadas as principais variáveis de cada categoria.

Para as variáveis individuais, aquelas que caracterizavam os participantes das pesquisas selecionadas, destaca-se a influência do gênero, havendo relações entre ser homem ou mulher com a adesão insuficiente. Também foi encontrada nos estudos a relação da autorreferência da cor da pele preta e situação de baixa renda com a adesão insuficiente. Quanto às variáveis psicológicas que se mostraram preditivas da adesão: a presença de transtorno depressivo, de pânico, estresse pós-traumático e sofrer violência correlacionaram-se à adesão insuficiente, enquanto a autoeficácia, enfrentamento/resiliência e qualidade de vida auxiliavam a manutenção da adesão suficiente (Carvalho et al., 2019).

No que se refere à categoria das variáveis que envolvem o tratamento e infecção pelo HIV/aids, as características encontradas que se associam à adesão foram: tempo de diagnóstico do HIV, os esquemas terapêuticos adotados, os efeitos adversos e condição geral de saúde, divulgação do estado sorológico e conhecimentos sobre o HIV e tratamento. Vale

destacar que algumas pesquisas sinalizam maiores taxas de adesão quando há maior tempo de diagnóstico, enquanto outras obtiveram achados que correlacionam menores taxas de adesão a maior tempo de diagnóstico e tratamento (Carvalho et al., 2019).

Para os achados da categoria que envolvia os serviços de saúde, os pesquisadores reafirmaram que a presença de uma equipe multiprofissional corresponsabilizada junto à PVHIV para que houvesse satisfação com o cuidado e uma boa relação, foi associada a maiores taxas de adesão. Por fim, a revisão da categoria apoio social também se mostrou significativamente associada a melhores taxas de adesão (Carvalho et al., 2019).

Contribuindo com os resultados da pesquisa anterior, Remor et al. (2007) em um estudo para a adaptação da versão brasileira do Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH), observaram que fatores como a falta de serviços de saúde acessíveis, presença de estresse, preconceito, falta de informação, falta de apoio afetivo e social apresentaram influência negativa na adesão de tratamentos complexos e por tempo indeterminado.

Corroborando as associações da pesquisa de Remor et al. (2007), e utilizando o mesmo instrumento CEAT-VIH como aferição combinada, Ramos Junior et al. (2021) constataram que as experiências de discriminação, aborrecimento, rejeição, insegurança por pessoas próximas saberem do diagnóstico, esquemas terapêuticos não simplificados (grande quantidade de comprimidos ingeridos) e seus efeitos adversos estavam significativamente relacionados a dificuldades de adesão a tratamento. Os autores também observaram que a presença de transtornos psiquiátricos favoreceu a diminuição da adesão à TARV, devido ao sentimento de descrença no tratamento ou até mesmo a negação da infecção pelo HIV. Além desse fator, serviços de saúde pouco acessíveis e falta de apoio social também estiveram relacionados à adesão insuficiente ou ao abandono da TARV (Ramos Junior et al., 2021).

Por certo, a adesão ao tratamento configura-se como um processo dinâmico e multidimensional, permeado por diferentes fatores de risco e de proteção, destacados ao longo deste capítulo, além de extrapolar a ingestão de medicamentos. Em contrapartida, quando entendida como um processo de negociação entre PVHIV e outras pessoas envolvidas no processo, com suas devidas responsabilidades, promove-se o fortalecimento da autonomia para o autocuidado, o acesso a informações, a adequação aos hábitos e necessidades individuais (Brasil, 2008). Portanto, considerando a multideterminação, a abrangência conceitual e a multiplicidade de variáveis envolvidas na adesão ao tratamento, adota-se esse conceito para a presente dissertação.

Avaliação da Adesão

Apesar de não haver um consenso sobre quais procedimentos de mensuração são ideais para avaliar a adesão, esforços têm sido feitos para que novas estratégias sejam adotadas para compreender o comportamento de adesão em suas diversas facetas, além das variáveis intrínsecas nesse processo, citadas anteriormente. À guisa de exemplo, têm sido empregados métodos objetivos e subjetivos (Castro & Remor, 2018).

Os métodos objetivos ou diretos referem-se à utilização de marcadores químicos e/ou biológicos para predizer a condição geral da saúde, pesquisar comorbidades, a presença de coinfeções, bem como decidir sobre a urgência no início da TARV. Atualmente, a contagem de células LT-CD4+ e a quantificação da carga viral são adotadas pelos profissionais da saúde, sob orientação do Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos (PCDT Adulto), não só para fornecer informações laboratoriais basais, como também para iniciar e monitorar a adesão à TARV (Brasil, 2018).

Para os métodos indiretos ou subjetivos, utilizam-se entrevistas, questionários e/ou a contagem de medicações ingeridas ou ainda armazenadas para futura utilização com o intuito de identificar, por meio do autorrelato da PVHIV, padrões de adesão ao tratamento. Por mais

que haja possibilidade de manipulação de informações ou distorção da realidade, o método indireto possibilita a obtenção de uma previsão em curto prazo da adesão ao tratamento por PVHIV (Castro & Remor, 2018).

Ademais, considerando todas as possibilidades de métodos para a avaliação da adesão, recomenda-se o uso da aferição combinada, ou seja, uso de medidas objetivas e subjetivas por não haver um “padrão ouro” capaz de estabelecer o comportamento de adesão com precisão. Além da combinação, tais estratégias devem apresentar evidências de validade aceitáveis e condizentes para o uso da PVHIV e serem acessíveis aos usuários e ao sistema de saúde (Kini & Ho, 2018; WHO, 2003).

Com o propósito de ser utilizado como ferramenta para aferição combinada de adesão, o CEAT-VIH tem sido adotado como instrumento de autorrelato de baixo custo, com pouco dispêndio de tempo e prático para aplicação em contextos diversos de serviços de saúde (Carvalho et al., 2019; Dagli-Hernandez et al., 2016; Garbin et al., 2017; Remor et al., 2007). Com base em uma revisão sistemática das propriedades psicométricas da ferramenta Remor (2013) expõe que houve aumento de seu uso e conseqüente tradução para novas versões linguísticas, em países como Chile, Portugal, Romênia, Brasil, entre outros. Para essa revisão, foram selecionados 20 artigos que apresentaram os dados originais do questionário e descreviam uma variedade de informações, como a consistência interna e correlação entre os escores do CEAT-VIH e variáveis relacionadas à adesão ao tratamento.

Os achados da revisão indicaram que em uma parcela das pesquisas selecionadas (13 de 16 artigos) foram divulgados valores do alfa de Cronbach acima de 0,70, indicando uma confiabilidade da consistência interna dos fatores do CEAT-VIH. Além disso, observou-se relação entre o escore do CEAT-VIH com marcadores químicos e biológicos, comportamentos de adesão avaliados por profissionais da saúde e dispensação de medicamentos, que são variáveis relacionadas à adesão. Por fim, os resultados também

corroboraram para associação entre a disponibilidade de serviços e intervenções junto a PVHIV, com aumento dos escores de adesão na ferramenta (Remor, 2013).

Apoiando os dados anteriormente apresentados, Primeira et al. (2018) realizaram uma pesquisa de abordagem quantitativa aplicando o CEAT-VIH em 179 PVHIV acompanhadas em ambulatório por no mínimo três meses de tratamento. Como resultados, os pesquisadores divulgaram que a amostra apresentou 46,4% de adesão insuficiente, 36,9% apresentaram uma adesão adequada e 16,8% de adesão estrita (rigorosa). Com base na análise do alfa de Cronbach, a ferramenta apresentou uma consistência interna confiável ($\alpha=0,78$). Discutiu-se ainda, que o CEAT-VIH se mostrou eficiente ao avaliar a adesão ao tratamento, além de ser fundamentada em aspectos multidimensionais que abrangem os principais fatores determinantes de adesão.

Outro estudo utilizando o CEAT-VIH (Oliveira et al., 2020) objetivou analisar a associação entre suporte social, dados médico-clínicos e sociodemográficos com adesão ao tratamento. Após avaliarem uma amostra composta por 168 participantes acompanhados em ambulatório especializado localizado na região Sul brasileira, os pesquisadores relataram que 64,9% foram classificados com uma adesão insuficiente, 33,9% com adesão estrita e apenas 1,2% com inadequada. Também foi relatado pelos pesquisadores que o suporte social motivou o comportamento de adesão suficiente para se garantir a supressão viral ao longo dos anos em PVHIV.

Por fim, é importante evidenciar que o tema adesão apresenta grande relevância, uma vez que HIV/aids é um problema de saúde pública. O CEAT-VIH tem sido utilizado como instrumento de avaliação e mensuração em diversas pesquisas. As construções envolvendo o tema contribuíram para compor o leque de variáveis que serviram de base para a construção do CEAT-VIH. Tais esforços podem contribuir para que serviços de saúde caracterizem o perfil de seus usuários e sistematizem as medidas para a detecção precoce da adesão

insuficiente ao tratamento de forma equitativa, e assim estabelecer planos efetivos de intervenções biopsicossociais.

Capítulo 3

Ajustamento e Respostas ao Processo de Adoecimento

Ajustamento ao Adoecimento Crônico

Para compor o mosaico de fatores que influenciam a adesão, compreende-se que quando alguém é afetado por uma doença crônica, como o HIV, o seu estilo de vida, muitas vezes, também é modificado, podendo resultar em importante e permanente mudança em sua própria identidade. E devido a características pessoais, sociais, econômicas, culturais e ambientais, algumas pessoas poderão apresentar um melhor ajustamento a tais mudanças, enquanto outras não (Pais-Ribeiro et al., 2010; Sebastiani & Oliveira, 2017).

Neste sentido, o ajustamento se refere ao processo dinâmico entre as necessidades impostas pelo adoecimento e o indivíduo, que resultará no modo de lidar com as mudanças provocadas pela enfermidade ao longo da vida. Assim, aquele que é acometido por uma doença crônica, não mais retornará ao seu estado de saúde anterior e poderá, ou não, apresentar mudanças nos domínios físico, emocional, laboral, financeiro, conjugal, familiar, social e espiritual (Pais-Ribeiro et al., 2010; Souza, 2014).

Consequentemente, este indivíduo estará sujeito a vivenciar um impacto negativo devido a tais mudanças e como resposta ao processo de ajustamento, ainda que temporariamente, poderá apresentar reações psicológicas como ansiedade e depressão, piores escores em qualidade de vida e em funcionamento físico (Nogueira et al., 2019; Seidl et al., 2005). Também há evidências de que a maioria dos diagnósticos de doenças físicas estão associadas ao aumento da prevalência de sintomas psicológicos, em especial ansiedade e depressão (Pais-Ribeiro et al., 2010, Sharpe & Curran, 2006).

É de grande importância identificar variáveis preditoras de adaptação ao adoecimento para se avaliar o processo de ajustamento e adesão ao tratamento para sinalizar a necessidade

de encaminhamento da PVHIV para atendimento psicológico. Por isso, neste estudo, foram adotadas as variáveis que compõem o instrumento Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO) (Souza, 2014), que ao longo da pesquisa foi renomeado para Indicador de Risco Psicológico (IRP), pois os participantes da presente pesquisa foram PVHIV.

O instrumento de triagem psicológica IRPO foi inicialmente validado para pacientes brasileiros acima de 18 anos diagnosticados com câncer, visando rastrear aqueles que apresentavam maior índice de risco de má adaptação psicológica ao processo de adoecimento. Possui 27 itens que se propõem a avaliar o nível de prejuízo dos seguintes aspectos: percepção da doença, suporte social emocional, suporte social instrumental, enfrentamento ativo e *distress* atual. Utiliza escala Likert de 5 pontos e apresenta ponto de corte ou Índice Geral de Risco (IGR) igual a 55 para pacientes oncológicos; apresenta também um bom indicador de confiabilidade ($\alpha=0,90$) (Souza, 2014). A escolha de seu uso no presente estudo deveu-se a evidências de que as variáveis que o compõem estão estreitamente ligadas à adesão satisfatória ou insatisfatória ao tratamento por PVHIV (Almeida, 2018; Bonolo et al., 2007; Brasil, 2008; Faustino & Seidl, 2010; Lenzi et al., 2018; Mutumba et al., 2016; Nogueira & Seidl, 2016).

No que se refere à variável percepção da doença, pode-se defini-la como a representação que um indivíduo tem de seu adoecimento, que conseqüentemente, influenciará em suas respostas cognitivas, emocionais e nas escolhas de estratégias de enfrentamento (Souza, 2014; Weinman et al., 1996). Levando em consideração tal definição, observa-se que a não aceitação da soropositividade, ou uma percepção de relevante ameaça dessa condição, está associada à adesão insuficiente e maior frequência de sintomas de ansiedade ou depressão (Bonolo et al., 2007; Brasil, 2008; Nogueira & Seidl, 2016).

Sobre o apoio social emocional e instrumental, vale salientar sobre o seu caráter benéfico na recuperação de doenças crônicas, depressão e manejo de estresse. Tais conceitos

definem-se como qualquer processo em que relações sociais promovem saúde e bem-estar, como apoio para questões operacionais, a exemplo de ajuda financeira e material (apoio social instrumental) ou apoio emocional, com escuta e estima (apoio social emocional) em relação a condições de saúde e tratamento (Abreu-Rodrigues & Seidl, 2009; Seidl et al., 2005; Seidl & Tróccoli, 2006).

Tem sido demonstrado na literatura a relação do suporte social instrumental e emocional com adesão à TARV por PVHIV, indicando que pessoas soropositivas que relataram menor satisfação nos dois tipos de suporte, já deixaram de ingerir uma das doses diárias em algum momento ou realizaram a troca do esquema terapêutico, por perda da eficácia da TARV ou por reações adversas (Lenzi et al., 2018). Outro estudo revelou que quanto maior o nível de apoio social percebido, maiores foram os níveis de adesão em PVHIV (Seidl et al., 2007). Também foi observado que a presença do suporte social pode afetar positivamente o acompanhamento em serviço de saúde, assim como constituir fator de proteção para a manutenção da adesão à TARV (Santos et al., 2015).

Quanto às estratégias de enfrentamento, essas são responsáveis por mediar a relação entre eventos estressores e indicadores de capacidade de adaptação, como saúde física e psicológica. Engloba a modalidade enfrentamento focalizado no problema (estratégias ativas), que se refere aos esforços cognitivos e comportamentais para manejar ou lidar com a situação estressora, como o adoecimento, bem como a reavaliação cognitiva da situação para percebê-la como menos prejudicial ou danosa (Folkman et al., 1986; Souza, 2014).

Para PVHIV, a adesão ao tratamento tem estado associada ao enfrentamento focalizado no problema, por isso aqueles que apresentam estratégias de negação ou esquiva podem apresentar uma adesão insatisfatória. Nessa perspectiva, as estratégias de enfrentamento ativas tendem a influenciar positivamente a adesão ao tratamento por PVHIV (Catunda et al., 2016; Faustino & Seidl, 2010).

Por fim, a literatura aponta que vivenciar um nível elevado de estresse, em função do processo de adoecimento, pode desencadear *distress*, o qual se caracteriza por uma repercussão emocional desagradável consequente à ruptura do bem-estar do indivíduo (Gontijo, 2017; Ridner, 2004; Sousa, 2014). No que se refere a PVHIVs, Cohen et al. (2002) observaram que 72,3% em uma amostra de 101 participantes da pesquisa apresentavam alta prevalência de *distress*, sintomas de ansiedade e depressão. Também há evidências que a alta prevalência de *distress*, principalmente na população jovem, esteve associada à adesão insatisfatória à TARV que, conseqüentemente, pode redundar em baixa supressão da carga viral, resistência aos medicamentos e aumento da morbimortalidade por aids (Almeida, 2018; Mutumba et al., 2016).

Respostas ao Processo de Adoecimento: Ansiedade e Depressão em HIV/aids

Nogueira e Seidl (2016) observaram que, sendo o HIV um vírus de difícil controle e sem perspectiva de cura, somado a preconceitos frequentemente vivenciados por PVHIV, há efeitos desses aspectos sobre o sofrimento psicológico e manifestações de transtornos mentais como resposta ao adoecimento. Tal observação foi gerada a partir da avaliação de uma amostra composta por 28 PVHIV em tratamento antirretroviral. As pesquisadoras apontaram que os escores indicativos de ansiedade e depressão atingiram 46,4% dos participantes, com correlação estatística positiva com percepção da doença. Ou seja, quando uma PVHIV apresentava uma percepção de ameaça relacionada ao diagnóstico, maior a frequência de sintomas de ansiedade e depressão.

Rodvalho et al. (2018), após avaliar 84 participantes da pesquisa que objetivava estimar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão de PVHIV, sinalizaram a ocorrência de depressão em 53% da amostra. Esse dado foi também associado, após análise bivariada, a outras alterações de saúde mental, como ansiedade, distúrbios do sono e ideação suicida. Nesta perspectiva, os autores discutiram sobre as evidências que permeiam as

comorbidades psicopatológicas como resposta ao adoecimento crônico, assim como sua associação com uma adesão insuficiente à TARV.

Na China foi realizado um estudo por Lu Niu et al. (2019), que objetivava descrever a trajetória longitudinal de PVHIV, com diagnóstico recente, nos aspectos de utilização de serviços de saúde mental e a presença de sintomas de depressão e ansiedade. A amostra, composta por 410 participantes, foi acompanhada durante um ano após o diagnóstico positivo à infecção pelo HIV. Dentre tais participantes, cerca de 39,3% apresentaram sintomas significativos de ansiedade e depressão após passarem por avaliação.

Ao longo do acompanhamento, houve uma queda na prevalência de tais sintomas. No entanto, observou-se que os sintomas foram associados à falta de apoio social. Como desfecho do estudo, foi constatado que apenas 8,3% haviam recorrido a profissionais da saúde mental, o que reafirmou a necessidade de avaliação de sintomas de ansiedade e depressão durante todo o processo de diagnóstico e acompanhamento de PVHIV para que os devidos encaminhamentos e atenção à saúde mental sejam implementados (Lu Niu et al., 2019).

Por fim, ambas as pesquisas apresentadas neste subtópico ressaltaram a necessidade de disponibilidade de profissionais de saúde mental para o acompanhamento de PVHIV, e que esses, corresponsáveis pelo seu tratamento e autocuidado, tenham conhecimento e autonomia para procurarem por serviços de saúde mental. Ademais, os estudos também indicam a necessidade de integrar a avaliação de sinais e sintomas de ansiedade e depressão à triagem inicial de PVHIV para que haja o desenvolvimento de intervenções psicológicas oportunas, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de transtornos mentais, além de instigar a produção de novos estudos (Lu Niu et al., 2019; Nogueira & Seidl, 2016; Rodvalho et al., 2018).

Capítulo 4

Justificativa, Objetivos e Hipótese da Pesquisa

Justificativa

Ao se pensar nas vulnerabilidades de PVHIV, e as modalidades de avaliação do processo de ajustamento no contexto do adoecimento, tem sido possível a identificação de pacientes que apresentam algum nível de sofrimento emocional e prejuízo em suas relações sociais. Tais esforços poderão favorecer a oferta de intervenções psicossociais compatíveis às demandas e necessidades dos pacientes.

Para além disto, é de suma importância a avaliação da adesão à TARV, tendo em vista a necessidade de identificar precocemente as especificidades de usuários em risco ou que já apresentem dificuldades de adesão. Assim, possibilita-se maior compreensão do problema para que haja a prevenção do abandono e de adesão insuficiente ao tratamento, assim como o planejamento e execução de intervenções com evidências científicas e individualizadas em casos de dificuldades relevantes de adesão, ao lado do avanço de políticas públicas para essa população (Polejack & Seidl, 2010).

Objetivo Geral

- Investigar a influência de variáveis sociodemográficas, médico-clínicas, índice de risco psicológico de não ajustamento e ocorrência de *distress* sobre a adesão ao tratamento de PVHIV.

Objetivos Específicos

- Avaliar a adesão ao tratamento de PVHIV participantes do estudo;
- Investigar evidências de validade do IRP em pessoas vivendo com HIV, mediante análise de fidedignidade;

- Avaliar características do ajustamento no contexto do adoecimento de PVHIV, a partir dos resultados do IRP;
- Identificar variáveis preditoras da adesão ao tratamento entre aspectos sociodemográficos, médico-clínicos, de risco psicológico e *distress*.

Hipóteses

Com base na revisão de literatura e na experiência clínica de atendimento da pesquisadora a essa clientela, as seguintes hipóteses foram formuladas para o estudo:

H1: PVHIV com níveis de adesão estrita não apresentarão níveis relevantes de *distress* e de risco psicológico de não ajustamento;

H2: A variável antecedente interrupção do tratamento por conta própria será preditora da adesão ao tratamento: ausência de interrupção estará associada a níveis mais altos de adesão;

H3: *Distress* e índice risco psicológico de não ajustamento estarão associados: escores mais altos de *distress* estarão correlacionados a maior índice de risco de não ajustamento à condição crônica.

Capítulo 5

Método

Tipo de Estudo

Trata-se de estudo com delineamento transversal e observacional com abordagem quantitativa.

Participantes

A amostra do estudo, selecionada por conveniência, foi composta por 130 usuários, de ambos os sexos, acompanhados em Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids do município de Goiânia (GO), em nível ambulatorial ou que estiveram internados nas enfermarias do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), considerando o período de coleta de dados. A instituição é uma unidade da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, referência em atendimento eletivo e de emergência de média e alta complexidade em Infectologia e Dermatologia Sanitária, para doenças infecciosas e dermatológicas, como HIV/aids e outras enfermidades.

Os critérios de inclusão utilizados foram: PVHIV com idade mínima de 18 anos, sem distinção de sexo, raça, situação conjugal e condição socioeconômica; estar em uso de TARV ao menos por três meses; consentir em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Anexo 1). Quanto aos critérios de exclusão, estes foram: usuários menores de 18 anos; que estavam em uso da TARV a menos de três meses e que não consentiram em participar da pesquisa e assinar o TCLE.

Os participantes encontravam-se distribuídos entre o ambulatório de atendimento médico (86,9%) e a internação (13,1%). Destes, 83 eram do sexo masculino (63,8%) e 47 do sexo feminino (36,2%), sendo que 74 eram homens cisgênero (56,9%) e 47 eram mulheres

cisgênero (36,2%). Quanto à declaração da orientação sexual, 62 informaram ser heterossexuais (47,7%) e 60 homossexuais (46,2%).

A média de idade foi igual a 37,62 anos ($DP=12,09$), com mínima de 18 e máxima de 66 anos. Os participantes estavam diversificadamente distribuídos quanto ao local de residência: 78 em diferentes cidades do estado de Goiás (60%), 52 na cidade de Goiânia-GO (40%). Quanto à cor autorreferida, a amostra foi composta majoritariamente por pessoas pardas (62,3%) e brancas (24,6%). No que tange à situação conjugal, 79 (60,8%) declararam não possuir companheiro(a) e 51 (39,2%) informaram possuir companheiro(a) (Tabela 1).

Para complementar a caracterização da amostra, uma grande parcela de participantes declarou ter ensino médio completo (42,3%), seguido de ensino médio incompleto (16,2%). A maioria declarou que a renda familiar girava em torno de 1 a 3 salários-mínimos (71,5%). Por fim, 74 (56,9%) pessoas informaram possuir religião e crença em uma doutrina; 50 (38,5%) informaram possuir crença religiosa, porém não relativa a uma doutrina específica (Tabela 1).

Tabela 1*Caracterização Sociodemográfica dos Participantes (N=130)*

Variáveis		F (%)
Sexo biológico	Feminino	47 (36,2)
	Masculino	83 (63,8)
Gênero	Mulher cisgênero	47 (36,2)
	Homem cisgênero	74 (56,9)
	Mulher transgênero	4 (3,1)
	Não informado	5 (3,8)
Orientação sexual	Homossexual	60 (46,2)
	Heterossexual	62 (47,7)
	Bissexual	4 (3,1)
	Não informado	4 (3,1)
Município onde reside	Outras cidades do estado de Goiás	76 (60)
	Goiânia/GO	52 (40)
	Outros estados	2 (1,5)
Cor/raça autorreferida	Parda	81 (62,3)
	Branca	32 (24,6)
	Preta	14 (10,8)
	Não informado	3 (2,3)
Situação conjugal	Possui companheiro(a): casado(a) ou união estável	51 (39,2)
	Não possui companheiro(a): solteiro(a), divorciado(a), viúvo(a)	79 (60,8)
Escolaridade	Não alfabetizado	1(0,8)
	Ensino fundamental incompleto	15 (11,5)
	Ensino fundamental completo	2 (1,5)
	Ensino médio incompleto	21 (16,2)
	Ensino médio completo	55 (42,3)
	Ensino superior incompleto	16 (12,3)
	Ensino superior completo	20 (15,4)
Renda familiar	Menos de 1 salário-mínimo	23 (17,7)
	De 1 a 3 salários-mínimos	93 (71,5)
	De 4 a 6 salários-mínimos	8 (6,2)
	De 7 a 9 salários-mínimos	2 (1,5)
	Mais de 10 salários-mínimos	4 (3,1)
Religião ou espiritualidade	Sim, tenho religião ou crença em uma doutrina	74 (56,9)
	Sim, tenho crenças religiosas, mas não relativas a uma doutrina	50 (38,5)
	Não tenho crença ou doutrina	6 (4,6)

Quanto aos dados médico-clínicos, a amostra tinha maior frequência de pessoas que possuíam de quatro a nove anos de diagnóstico ($n=47$; 36,2%), seguidas de diagnósticos

estabelecidos há mais de 10 anos ($n= 43$; 33,8%). O tempo de diagnóstico variou de menos de um ano (diagnósticos no ano 2021) a 34 anos, com média igual a 8,40 ($DP=7,74$).

Sobre o tempo de TARV, a maior frequência esteve na faixa de quatro a nove anos de uso das medicações ($n= 47$; 36,2%), com média igual a 8,09 ($DP= 7,61$, mínimo= < 1 ano; máximo= 32 anos). Para as respostas autodeclaradas sobre se houve ou não interrupção do tratamento por conta própria, 87 (66,9%) participantes informaram não ter interrompido, enquanto 43 (33,1%) informaram ter interrompido o tratamento pelo menos uma vez (Tabela 2).

No que se refere ao marcador biológico linfócitos TCD 4, obtidos mediante análise dos resultados dos exames laboratoriais informados nos prontuários de cada participante, observou-se uma média de 557,16 ($DP= 342,60$, mínimo= 2 células/mm³; máximo= 1.596 células/mm³), com a maior frequência apresentada na faixa de contagem superior ou igual a 501 células/mm³ (50,8%). A faixa com contagem inferior ou igual a 200 células/mm³, indicativa de maior vulnerabilidade imunológica, apresentou a menor porcentagem (12,9%).

Para o marcador biológico CV, obtido juntamente com os resultados da contagem de linfócitos TCD 4, a média apresentada foi de 73.846,80 cópias do vírus ($DP= 713.548,97$; mínimo= 40; máximo= 8.113.558). A faixa de maior porcentagem referiu-se a uma replicação inferior ou igual a 40 (indetectável) (82,3%), enquanto a menor porcentagem relacionou-se a faixa de 41 a 5.000 replicações (4,6%).

Tabela 2*Dados Médico-clínicos dos Participantes (N= 130)*

Variáveis		F (%)
Tempo de diagnóstico (em anos) <i>M=8,4; DP=7,74</i> Mín-Máx: < 1 - 34	< 1 a 3 anos	40 (30,8)
	4 a 9 anos	47 (36,2)
	> 10 anos	43 (33,1)
Tempo de TARV (em anos) <i>M=8,09; DP=7,61</i> Mín-Máx: < 1 - 32	< 1 a 3 anos	43 (33,1)
	4 a 9 anos	47 (36,2)
	> 10 anos	40 (30,8)
Linfócitos TCD 4 ¹ <i>M=557,16; DP=342,60</i> Mín.-Máx: 2-1.596	≤ 200 células/mm ³	16 (12,9)
	201 a 500 células/mm ³	45 (36,3)
	≥ 501 células/mm ³	63 (50,8)
Carga Viral <i>M=73.846,80; DP=713.548,97</i> Min.-Máx.: 40 – 8.113.558	≤ 40 (indetectável)	107 (82,3)
	41 a 5.000	06 (4,6)
	≥ 5.001	17 (13,1)
Histórico de interrupção do tratamento antirretroviral por conta própria	Sim	43 (33,1)
	Não	87 (66,9)

Nota. ¹ seis casos perdidos

Instrumentos

Questionário sociodemográfico (Anexo 2): levantou as variáveis sexo, gênero, orientação sexual, idade, município de residência, cor/raça autodeclarada, escolaridade, situação conjugal, renda familiar e religião/espiritualidade.

Questionário clínico-médico (Anexo 3): investigou tempo de diagnóstico, tempo de TARV e histórico de interrupção do uso da TARV por conta própria (pelo menos uma vez ou mais), contagem de células T CD4 e carga viral, sendo que tais informações laboratoriais foram coletadas dos registros nos prontuários dos usuários.

Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral – (CEAT-VIH). Instrumento na versão impressa, autoaplicável, com 17 questões, traduzido, adaptado e validado para a língua portuguesa (falada no Brasil). Propõe-se a avaliar o grau de adesão à TARV em pacientes adultos com infecção pelo HIV. É uma ferramenta rápida de ser aplicada e de fácil compreensão, tanto para o aplicador quanto para quem responde, além de

apresentar uma adequada confiabilidade ($\alpha=0,64$) (Remor et al., 2007). Possui caráter multifatorial, propondo-se a dimensionar observância do tratamento, antecedentes pessoais de não adesão, satisfação com o tratamento, comunicação com o médico, crenças e expectativas sobre o tratamento. Além das pontuações dos fatores, o instrumento também apresenta uma pontuação total unifatorial obtida pela soma de seus itens, sendo o valor mínimo igual a 17 e o máximo 89 pontos. As respostas são dadas em escala *Likert* de cinco pontos. Consequentemente, quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão à TARV (Remor, 2002; Remor, 2013a; Remor, 2013b; Silva et al., 2019). No presente estudo, foi adotada a versão unifatorial da escala, que apresentou uma consistência interna satisfatória ($\alpha=0,79$). Ademais, vale destacar que seu uso foi previamente autorizado pelo autor.

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão - HAD (Anexo 4). Instrumento adaptado e validado para o Brasil que apresenta 14 itens com respostas em escala *Likert* de cinco pontos. É composta por duas subescalas, para ansiedade e depressão, com sete itens cada uma. As pontuações das duas subescalas variam de 0 a 21. Objetiva avaliar sintomas de ansiedade e depressão no período de uma semana. Quando destinada a avaliar o *distress*, apresenta pontuação de 0 a 42: valor maior ou igual a quinze é indicador de *distress* (Botega et al., 1995; Lockett et al., 2010). O alfa de Cronbach foi calculado para a amostra do presente estudo na versão unifatorial, sendo que o valor foi igual a 0,87.

Indicador de Risco Psicológico - IRP (Anexo 5). Trata-se de instrumento de triagem psicológica inicialmente validado para pacientes brasileiros acima de 18 anos diagnosticados com câncer e que podem apresentar risco de má adaptação psicológica ao processo de adoecimento. Possui 27 itens que se propõem a avaliar o nível de prejuízo dos seguintes fatores: percepção da doença, suporte social emocional, suporte social instrumental, enfrentamento ativo e *distress*. Utiliza escala *Likert* de cinco pontos e apresenta ponto de corte ou Índice Geral de Risco (IGR) igual a 55 para pacientes oncológicos, podendo variar

de 27 a 135. Ademais, o IRP apresentou um bom índice de confiabilidade ($\alpha=0,90$) (Souza, 2014). Para o presente estudo, esse instrumento foi escolhido por fazer uso de construtos que também podem ser observados em pesquisas com PVHIV (Bonolo et al., 2007; Brasil, 2008; Nogueira & Seidl, 2016). O alfa de Cronbach na amostra do presente estudo foi 0,90, igual ao do estudo de evidências de validade realizado por Souza (2014).

Procedimento de Coleta de Dados

A pesquisa iniciou-se após a aprovação pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília – CEP/CHS-UnB (Parecer 4.404.870), seguida do Comitê de Ética em Pesquisa do HDT– CEP/HDT (Parecer 4.490.587). Após tais aprovações, a fim de testar a adequação dos instrumentos, foi realizado o estudo piloto. Os instrumentos foram aplicados em seis participantes que estavam aguardando por exames, por consulta em ambulatório ou internados, considerando os critérios de inclusão e exclusão.

Os participantes foram convidados individualmente a participar da pesquisa e, após a assinatura do TCLE, os instrumentos foram aplicados pela pesquisadora e auxiliares de pesquisa em um único encontro. Assim, após o estudo piloto, foi iniciada a coleta definitiva com os ajustes necessários apenas no questionário sociodemográfico, em que foram acrescentadas as seguintes variáveis: data de nascimento; localidade de moradia (“Onde mora?”); e gênero (mulher cisgênero, homem cisgênero, mulher transexual, homem transexual, não binário, sem informação ou outros).

A aplicação teve a duração média de 40 minutos e os instrumentos foram apresentados aos participantes na seguinte ordem: questionário sociodemográfico, questionário médico-clínico, HAD, IRP e CEAT-VIH. E, para complementar a coleta de dados do questionário médico-clínico, foi necessário ter acesso ao prontuário do participante mediante a autorização da equipe responsável pelo documento, para a coleta de marcadores

biológicos, como exames recentes de contagem de células T CD4/CD8 e carga viral. Quanto à forma de aplicação, os instrumentos se encontravam em versões impressas, podendo ser autoaplicados ou contar com o auxílio da pesquisadora ou de estudantes de graduação devidamente treinados.

Análise de Dados

Com suporte do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20, foram realizadas as análises descritivas (média, desvio-padrão, mediana, assimetria, curtose e valores máximo e mínimo) das variáveis contínuas sociodemográficas e clínicas, adesão, *distress* e do IRP. As variáveis categóricas foram analisadas quanto à frequência e proporção.

A consistência interna das escalas CEAT-VIH, HAD e IRP foi analisada pelo alfa de Cronbach e pela fidedignidade composta (FC). Em seguida, a análise exploratória de dados teve por objetivo verificar a adequação das variáveis contínuas principais da pesquisa quanto aos pressupostos para análises multivariadas. A normalidade da distribuição das variáveis critério (adesão) e das preditoras contínuas foi explorada com base nos histogramas, dados de dispersão, de assimetrias e curtose, bem como pelos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*.

Análises bivariadas não paramétricas foram realizadas para identificar níveis de associação ou de correlação, mediante o uso de técnicas estatísticas adequadas ao tipo de variável (contínuas ou categóricas). O nível de significância de 5% foi adotado no estudo.

Por fim, realizou-se uma análise multivariada (regressão linear múltipla, método *forward*) para identificação dos preditores da adesão ao tratamento antirretroviral. Matrizes de correlação entre as variáveis antecedentes mostraram a ausência de singularidade e de multicolinearidade. Para a identificação dos casos discrepantes multivariados foram feitos cálculo de valores da distância *Mahalanobis* e de *Cook's*. Optou-se por introduzir no modelo

de regressão, como variáveis antecedentes, aquelas que tiveram associação significativa ($p \leq 0,05$) com adesão ao tratamento, com base nos resultados das análises bivariadas.

Quanto ao tamanho da amostra, com base em Tabachnick e Fidell (2018) para análises multivariadas, levando-se em conta o número de variáveis antecedentes ($N \geq 50 + 4$ (4)), esta deveria incluir número igual ou superior a 66 pessoas. A amostra com 130 participantes foi numericamente satisfatória para a realização das análises propostas.

Aspectos Éticos

É importante destacar que o presente estudo considerou possível a presença de desconforto emocional e/ou eventuais riscos psicossociais como: constrangimento, angústia, insatisfação, irritação ou preocupação ocasionados pela abordagem de temáticas referentes ao processo de adoecimento e ao tratamento. Foi de inteira responsabilidade da pesquisadora identificar reações e danos psicológicos decorrentes dos riscos previstos, e oferecer acolhimento e encaminhamento para o serviço de psicologia da instituição, composto por 11 profissionais habilitados, quando os participantes se encontravam internados. Ou então para serviços externos, como o ambulatório de atendimento multiprofissional da instituição, clínicas escolas e a rede de atenção psicossocial, quando o participante encontrava-se em tratamento ambulatorial.

Vale destacar que foram encaminhados para o Serviço de Psicologia da instituição ou serviços externos alguns casos identificados na pesquisa em condição de sofrimento psíquico. No entanto, estes não foram quantificados, além de não ter sido possível obter informação acerca da adesão desses pacientes ao atendimento indicado.

Quanto aos benefícios da pesquisa, ao participante foi garantido o sigilo dos dados ou de elementos que possam, de qualquer forma, identificá-lo. Além disso, almejou-se alcançar maior conhecimento sobre as variáveis que influenciam a adesão à TARV. Visto que, com a elucidação de tais dados, espera-se instrumentalizar os profissionais que lidam diretamente

com PVHIV, e assim, possam oferecer um tratamento integral, equânime e humanizado que influencie positivamente na qualidade de vida destes.

Capítulo 6

Resultados

Na seção resultados, inicialmente são apresentados os dados descritivos das variáveis contínuas principais do estudo, seguidos de associações bivariadas entre adesão a tratamento com variáveis sociodemográficas e médico-clínicas. Por fim, os resultados da análise multivariada são exibidos, relativos aos preditores da adesão ao tratamento.

Adesão, *Distress* e Risco Psicológico: Análises Descritivas

O escore médio (bruto) da variável adesão ao tratamento foi igual a 75,05 ($DP= 7,77$; $Mdn= 77$; mínimo= 41; máximo= 85). Tomando por base estudos anteriores com o CEAT-VIH que usaram o percentil como parâmetro para definição do ponto de corte, optou-se por considerar o percentil 75 (equivalente ao escore bruto igual a 80), tendo em vista que 80 foi o valor da moda da amostra com um total de 15 casos. Essa variável foi explorada também mediante sua dicotomização, de modo que os escores foram categorizados em dois níveis, conforme Seidl e Remor (2020): escores brutos iguais ou superiores a 80, obtidos por 41 participantes (31,5%), classificados como adesão estrita; escores iguais ou menores que 79, obtidos por 89 pessoas (68,5%), com adesão insuficiente (não estrita) (Tabela 3).

Referente à variável *distress*, as análises descritivas apresentaram escores médios iguais a 14,48 ($DP= 8,48$; $Mdn= 14$; mínimo= 0; máximo= 35). Estes dados revelam que, para a amostra da presente pesquisa, o escore médio esteve no limiar para o indicador de *distress*, uma vez que se utilizou o valor maior ou igual a 15 como ponto de corte para *distress*, tal como em pesquisa que usou a versão unifatorial da HAD (Luckett et al., 2010) (Tabela 3).

Para a variável risco psicológico de não ajustamento, o escore médio do IRP foi de 66,41 ($DP= 19,72$; $Mdn= 67$; mínimo= 31; máximo= 119), indicando um índice médio de

risco psicológico moderadamente elevado, visto que para o estudo de construção do instrumento, o ponto de corte estabelecido foi de 55 para pacientes oncológicos (Souza, 2014). Assim, os escores revelaram um índice de risco relativamente alto de má adaptação psicológica ao processo de adoecimento para parte da amostra (Tabela 3). Destaca-se, contudo, que houve grande variabilidade dos escores, indicados pelos valores máximo e mínimo e pelo desvio-padrão elevado.

Tabela 3

Análise Descritiva dos Escores Globais dos Instrumentos Utilizados (N=130)

Variáveis	Média	DP	Mdn	Curtose	Assimetria	Mín-Máx
HAD-global	14,48	8,48	14	-0,927	0,349	0-35
IRP-global	66,41	19,71	67	-0,674	0,232	31-119
CEAT-VIH	75,05	7,76	77	4,385	-1,805	41-85

Considerando que ambos os instrumentos, tanto o IRP quanto o CEAT-VIH, apresentam subfatores, análises descritivas destes foram realizadas. Os resultados do CEAT-VIH revelaram uma variabilidade da amostra, no entanto nota-se que os escores médios foram elevados, próximos aos escores máximos, indicando bons níveis de adesão da amostra. Quanto ao IRP, os escores médios já foram mais baixos nos cinco subfatores, o que é positivo pois escores menores revelam risco psicológico mais reduzido de não ajustamento à condição (Tabela 4).

Análises Bivariadas com a Variável Adesão ao Tratamento

Primeiramente, os pressupostos de normalidade da distribuição foram examinados nas três variáveis contínuas principais do estudo, sendo que em todas houve violação da normalidade. A análise incluiu também dados de dispersão, de assimetrias e curtoses e os resultados dos testes *Kolmogorov-Smirnov* e *Shapiro-Wilk*, a saber: adesão ao tratamento (*K-*

$S=0,16$, $p=0,000$; $S-W=0,85$, $p=0,000$), risco psicológico ($K-S=0,08$, $p=0,03$; $S-W=0,98$, $p=0,02$) e *distress* ($K-S=0,11$, $p=0,001$; $S-W=0,96$, $p=0,000$).

Tabela 4

Análise Descritiva dos Subfatores dos Instrumentos CEAT-VIH e IRP (N=130)

Fatores CEAT-VIH	Média	DP	Mdn	Curtose	Assimetria	Mín-Máx
Observância do tratamento	13,38	2,19	14	6,034	-2,17	3-15
Comportamentos antecedentes de não adesão	18,09	2,96	19	10,623	-3,046	4-20
Satisfação com o tratamento	8,79	1,42	9	2,009	-1,47	4-10
Relação médico-paciente	12,18	2,33	13	0,342	-0,920	6-15
Crenças pessoais e expectativas sobre o tratamento	22,59	2,26	23	0,048	-0,78	16-25
Escore Geral	75,05	7,76	77	4,385	-1,805	41-85
Fatores IRP	Media	DP	Mdn	Curtose	Assimetria	Mín-Máx
Percepção da doença	10,92	4,74	10	-1,176	0,139	4-20
Suporte social emocional	14,95	5,64	15	-0,522	-0,390	6-28
Suporte social instrumental	8,09	3,88	7	-0,778	-0,590	4-18
Enfrentamento ativo	9,76	3,54	9	0,110	0,727	5-20
<i>Distress</i> atual	22,68	9,160	23	-1,052	0,08	8-40
IRP-Global	66,41	19,71	67	-0,674	0,232	31-119

Análises bivariadas foram realizadas com a variável critério adesão ao tratamento, comparada a medidas contínuas (que foram dicotomizadas) e categóricas dos questionários sociodemográfico e médico-clínico. Tendo em vista a violação da normalidade, análises não paramétricas (*Kruskal Wallis* e *Mann-Whitney*) foram realizadas. Constatou-se que não houve associação estatística significativa com as variáveis: sexo, gênero, orientação sexual, local de residência, cor/raça autodeclarada, escolaridade, renda familiar, religião, tempo de diagnóstico, tempo de TARV e níveis de linfócitos T CD4 (Tabela 5). Ou seja, as medianas

da adesão ao tratamento não diferiram de forma significativa nessas variáveis categorizadas em dois ou três grupos.

Diferentemente, percebeu-se que as variáveis idade ($U= 1550,5$; $df=1$; $p < 0,05$), interrupção do tratamento por conta própria ($U= 933,500$; $df=1$; $p < 0,001$) carga viral ($U=507,500$; $df=1$; $p<0,001$) apresentaram medianas estaticamente diferentes com adesão ao tratamento, com base no CEAT-VIH (Tabela 5). Assim, pessoas com mais de 38 anos tiveram valores maiores da mediana do CEAT, em relação aos mais jovens ($z=-2,55$; $r = 0,22$). Aqueles que não interromperam o tratamento também tiveram mediana mais alta se comparada à dos que interromperam ($z=-4,65$; $r =-0,41$). Quanto à carga viral, pessoas com CV indetectável tiveram medianas mais altas no CEAT, diferentemente das que estavam detectáveis ($z=-4,42$; $r =-0,39$). Os valores do tamanho do efeito variaram de médio a baixo, nessas três variáveis.

Tabela 5

Comparação de Medianas do CEAT-VIH Segundo Variáveis Sociodemográficas e Médico-clínicas (N = 130)

Variáveis Sociodemográficas		M (DP)	Mdn	M Rank	U/H (p-valor)
Sexo	Feminino (n=47)	74,47 (8,33)	76	62,61	U=2086,5 (0,509)
	Masculino (n=83)	75,37 (7,46)	77	67,14	
Idade	Até 37 anos (n=71)	73,34 (8,91)	75	57,84	U=1550,5 0,011*
	38 anos ou mais (n=59)	77,10 (5,54)	78	74,72	
Gênero	Mulher cisgênero (n=47)	74,47 (8,33)	76	62,61	H=1,607 (0,448)
	Homem cisgênero ((n=74)	75,84 (6,58)	77	68,70	
	Mulher transgênero (n=9)	71,56 (12,56)	75	54,33	
Orientação sexual	Homossexual (n=60)	74,18 (8,05)	76	60,40	H=3,17 (0,205)
	Heterossexual (n=62)	75,45 (7,73)	77,5	68,16	
	Outras orientações* (n=8)	78,38 (4,95)	78,5	83,13	
Cidade onde reside	Goiânia (n=52)	74,31 (8,92)	76,5	63,17	U=2149 (0,564)
	Goiás e outros (n=78)	75,54 (6,91)	77	67,05	
Cor/raça	Preta/parda (n=95)	74,55 (8,28)	78	61,74	U=1.305 (0,232)
	Branca (n=32)	76,53 (6,16)	77	70,72	
Situação conjugal	Possui companheiro(a) (n=51)	75 (7,72)	77	64,65	U=2058 (0,835)
	Não possui companheiro(a) (n=79)	75,08 (7,85)	77	66,05	
Escolaridade	Baixa escolaridade (n=39)	73,95 (7,49)	75	58,31	U=2055 (0,153)
	Alta escolaridade (n=91)	75,52 (7,87)	77	68,58	
Renda Familiar	Menos de 1 SM (n=23)	74,39 (7,54)	77	61,48	H=1,28 (0,530)
	De 1 a 3 SM (n=93)	74,83 (8,16)	77	64,99	
	De 4 SM ou mais (n=14)	77 (4,83)	77	75,50	
Religião	Sim, religião e crença (n=74)	74,32 (8,63)	77	62,68	H=1,47 (0,480)
	Sim, crença (n=50)	75,72 (6,54)	77	67,99	
	Não e outros* (n= 6)	78,33 (5,16)	78	79,50	
Variáveis Médico-clínicas		M (DP)	Mdn	M Rank	U/H (p-valor)
Tempo de diagnóstico	Até 3 anos (n=40)	75,25 (6,99)	77	64,03	H=0,834 (0,659)
	De 4 a 9 anos (n=47)	74,26 (8,78)	76	62,88	
	Mais de 10 anos (n=43)	75,72 (7,38)	78	69,73	
Tempo de TARV	Até 3 anos (n=43)	75,25 (6,79)	77	63,71	H=2,29 (0,319)
	De 4 a 9 anos (n=47)	73,49 (9,48)	76	60,95	
	Mais de 10 anos (n=40)	76,63 (6,19)	78	72,78	
LT CD 4 ¹	Até 200 (n=16)	70,44 (11,27)	72,5	46,81	H=3,69 (0,158)
	De 201 a 500 (n=45)	75,20 (7,87)	77	63,12	
	Mais de 500 (n=63)	75,95 (6,61)	78	66,04	
Carga Viral	Indetectável (até 40) (n=107)	76,56 (6,14)	78	72,26	U=507,50 (0,000) ***
	Detectável (41 ou mais) (n=23)	68 (10,46)	70	34,07	
Histórico de interrupção do tratamento por conta própria	Não (n=87)	77,59 (4,62)	78	76,27	U=933,50 (0,000) ***
	Sim (n=43)	69,91 (10,06)	71	43,71	

Nota. ¹ seis casos perdidos. *p < 0,05 ** p < 0,01 *** p < 0,001

Considerando que a carga viral é uma medida objetiva e padrão-ouro para avaliar a eficácia da TARV, uma análise de associação entre adesão autorrelatada e carga viral foi realizada com base no teste qui-quadrado. Entre os 41 participantes que foram classificados como adesão estrita, 39 (95,1%) tinham CV indetectável (≤ 40 cópias virais/ml), e dois (4,9%) tinham carga viral detectável (≥ 41 cópias virais/ml). Quanto aos 89 que obtiveram escores compatíveis com adesão insuficiente (não estrita), 68 (76,4%) tinham CV indetectável e 21 (23,6%) tinham CV detectável (41). No teste qui-quadrado essa distribuição (adesão estrita e não estrita com CV detectável e indetectável) foi significativa ($\chi^2 = 6,75$; $g.l. = 1$; $p = 0,009$), o que revela a capacidade do CEAT em discriminar os dois grupos, ao ter as medianas dos escores comparadas aos níveis de carga viral. No entanto, 68 pessoas com adesão não estrita, segundo o CEAT, estavam indetectáveis quanto à CV, aspecto que pode ser atribuído aos fatores do instrumento que avaliam outras dimensões da conduta de adesão, além da observância do tratamento. A Tabela 6 sintetiza estes resultados.

Tabela 6

Associação entre Níveis de Adesão e de Carga Viral (N=130)

Variáveis	CV Indetectável		CV Detectável		Total		χ^2
	<i>n</i>	%	<i>N</i>	%	<i>n</i>	%	
							<i>gl.=1</i>
Adesão Estrita	39	95,1	2	4,9	41	100	6,75**
Adesão Não estrita	68	76,4	21	23,6	89	100	

Nota. ** $p < 0,01$

Por fim, com base na correlação de *Spearman* para descrever a relação entre as três variáveis contínuas principais do estudo, os resultados (Tabela 7) revelaram uma correlação moderada negativa entre as variáveis adesão e *distress* ($\rho = -0,46$; $p < 0,001$; variância compartilhada=21,2%) e risco psicológico e adesão ($\rho = -0,45$; $p < 0,001$; variância

compartilhada=20,3%). Observou-se ainda uma correlação forte positiva entre as variáveis risco psicológico e *distress* ($\rho= 0,72$; $p < 0,001$; variância compartilhada=51,8%), indicando que níveis mais altos de *distress* estiveram associados de forma estatisticamente significativa a escores mais altos de risco psicológico de não ajustamento e vice-versa; a variância compartilhada variou de baixa a moderada.

Tabela 7

Correlações Não Paramétricas (Spearman) entre as Variáveis Adesão ao Tratamento, Distress e Índice de Risco Psicológico (N=130)

Variáveis	Adesão	Distress
Adesão	---	
Distress	-0,46***	---
Índice de Risco Psicológico	-0,45***	0,72***

Nota. *** $p < 0,001$

Investigando preditores da adesão ao tratamento em pessoas com HIV

Primeiramente, pressupostos relativos a análises multivariadas foram investigados e serão descritos antes do modelo observado. O indicador *Durbin-Watson*, que se refere à correlação entre os resíduos, teve valor próximo a 2 (1,846), indicando que esses não estavam correlacionados de forma a prejudicar a estimativa do modelo. Para análise da multicolinearidade, o valor do VIF (*variance inflation factor*) foi obtido, sendo que variaram de 1,0 a 1,2, números que indicam ausência de multicolinearidade entre as variáveis antecedentes.

Investigou-se primeiramente a existência de casos discrepantes univariados nas três variáveis contínuas do estudo. Foram identificados dois casos extremos, ambos nos limites inferiores, da variável adesão. Optou-se por não realizar qualquer procedimento de reajuste

nos escores desses casos, dado o seu número reduzido e para respeitar o dado empírico. Não foram identificados casos discrepantes univariados em *distress* e nos escores do IRP.

Outro indicador foi solicitado na análise de regressão que informa sobre a presença de casos discrepantes univariados na amostra: a distância de resíduos padronizados (ZRE). No caso da distância de resíduos, espera-se que até 5% de casos tenham distância residual do desvio-padrão maior que 2. Observou-se a presença de cinco casos com valores acima de 2, o que representou 3,8% da amostra, indicando que não houve problemas relevantes nesses casos. Quanto à distância de Cook's, casos com valores acima de 1 podem ser problemáticos quanto à discrepância; não houve nenhum caso com valor acima de 1 na amostra.

Com base no critério da distância *Mahalanobis*, os *outliers* multivariados foram pesquisados e nenhum caso discrepante foi identificado.

Procedeu-se, então, à realização de uma regressão linear múltipla (método *forward*) com o objetivo de investigar em que medida as variáveis independentes interrupção por conta própria da TARV (*dummy*: não interrompeu), idade em anos, risco psicológico de não ajustamento e *distress* impactavam os níveis de adesão à TARV. Os resultados mostraram a existência de influência significativa das variáveis independentes nos níveis de adesão ($F(3, 126) = 25,77$ $p < 0,00$; $R^2_{\text{ajustado}} = 0,37$). A Tabela 8 apresenta os coeficientes para os preditores que alcançaram significância estatística.

Tabela 8

Variáveis Predictoras de Adesão ao Tratamento (N=130)

Preditores	Coefficientes padronizados	<i>t</i>	<i>Sig.</i>	R^2	ΔR^2
------------	----------------------------	----------	-------------	-------	--------------

	<i>Beta</i>				
Constante	-	21,532	0,000	-	-
Histórico de interrupção da TARV por conta própria	0,37	4,88	0,000	0,212	0,218
Idade em anos	0,27	3,67	0,000	0,309	0,102
Risco psicológico de não ajustamento	-0,28	-3,49	0,001	0,365	0,060

Conforme pode ser observado, a variável que mais fortemente impactou os níveis de adesão foi o histórico de interrupção da TARV por conta própria, explicando 21,2% do desfecho. As demais variáveis — idade e risco psicológico de não ajustamento — por sua vez, estiveram relacionadas com 15,3% da variância da adesão. A variável *distress* não entrou no modelo final, pois não obteve *beta* significativo. Em suma, não ter interrompido a TARV por conta própria ao longo da história de tratamento, ter mais idade e escores indicativos de ausência/baixo risco psicológico de não ajustamento parecem prever melhores níveis de adesão, segundo os resultados do estudo na amostra pesquisada.

Capítulo 7

Discussão

O objetivo desta pesquisa foi investigar a influência de variáveis sociodemográficas, médico-clínicas, de risco psicológico e ocorrência de *distress* sobre a adesão ao tratamento de PVHIV. Isso porque, apesar dos avanços significativos envolvendo a promoção, prevenção e tratamento do HIV/aids, desafios ainda persistem, como a adesão ao tratamento e a compreensão das variáveis que podem influenciar este processo (Brasil, 2008).

A seção Discussão está dividida em quatro tópicos: características sociodemográficas, médico-clínicas e tendências epidemiológicas; índice de risco psicológico e *distress*; adesão a tratamento e preditores; e méritos e limitações do estudo.

Características Sociodemográficas, Médico-clínicas e Tendências Epidemiológicas

Considerando os dados coletados em amostra de conveniência, observou-se compatibilidade com as tendências epidemiológicas apresentadas pelos indicadores básicos divulgados na esfera governamental brasileira. Assim, no que se refere à variável sexo, os participantes tiveram uma maior porcentagem de homens, quando comparada à de mulheres, indo ao encontro da razão de sexo de PVHIV no Brasil: 26 homens para 10 mulheres (Brasil, 2020), razão um pouco maior da observada neste estudo, que foi igual a 1,7.

Quanto à faixa etária, constatou-se maior percentual de PVHIV até 37 anos de idade, enquanto que menos da metade possuía 38 anos ou mais. A variedade etária da amostra expressa a realidade epidemiológica no país, incluindo desde adultos jovens com diagnósticos mais recentes ao lado de pessoas mais velhas — o participante mais idoso tinha 66 anos — fruto do envelhecimento de pessoas vivendo com HIV, devido à mudança do perfil de morbimortalidade e ao aumento da expectativa e da qualidade de vida (Rachid & Schechter, 2017; Jota, 2011). Tais dados também vão ao encontro dos indicadores que mostram maior

detecção de casos entre 25 a 29 anos de idade em 2019 (Brasil, 2020), com repercussões na redução da média etária do grupo.

Os dados sobre escolaridade revelaram que a maioria dos participantes tinha níveis altos, com quase dois terços relatando ensino médio completo até superior completo. Esses dados mostraram níveis melhores de escolaridade se comparados às informações do boletim epidemiológico (Brasil, 2020) para os casos de HIV notificados em 2020, em que o maior percentual (24%) apresentou ensino médio completo, seguido de 10,7% de ensino superior completo. Vale mencionar ainda que, enquanto a escolaridade foi alta, a renda familiar foi muito baixa: quase 90% dos participantes referiram renda de até três salários mínimos, discrepâncias que foram observadas em outro estudo com PVHIV (Seidl & Remor, 2020), atribuídas às condições precárias de emprego e renda no país.

No que se refere à variável raça/cor autodeclarada, a amostra foi composta por um maior número de pessoas pardas, que somado ao de pessoas pretas, totalizaram 75% dos participantes, números próximos aos revelados no boletim epidemiológico (Brasil, 2020). É informado no documento que, em 2019, 58,5% de PVHIV e 57,2% de casos de aids notificados foram de pessoas autodeclaradas pardas e negras.

Quanto ao local de moradia, mais da metade dos participantes residia em outros municípios do estado de Goiás, fora da capital. Esse dado pode ser atribuído à escassa rede de serviços em HIV/aids em municípios do interior do estado, fazendo com que haja centralização da atenção em Goiânia, em uma unidade de referência para HIV/aids. Esse fato pode revelar a insuficiência da rede do SUS de Goiás para assistência em HIV/aids, exigindo deslocamentos, via transporte fornecidos pela assistência social municipal, para a capital em busca de acompanhamento médico e psicossocial, além da retirada de medicamentos e fórmulas infantis na farmácia de dispensação, podendo acarretar ônus comportamental e

financeiro para os pacientes residentes em outros municípios do estado. No entanto, essa variável não esteve associada aos níveis de adesão dos participantes do estudo.

Além dos aspectos comentados anteriormente, há um ponto importante a ser discutido sobre a situação epidemiológica brasileira: o fato de ser uma epidemia concentrada, onde populações-chave são, entre outros grupos, constituídas de pessoas transgêneros (Brasil, 2017). Stutterheim et al. (2021) informaram por meio uma revisão sistemática e meta-análise, envolvendo pesquisas desenvolvidas em 34 países, que pessoas transgêneros apresentam um elevado risco de infecção por HIV, com maior incidência de casos em regiões africanas e latino-americanas.

Ainda sobre o estudo de revisão (Stutterheim et al., 2021), os resultados merecem destaque quando o tema adesão é abordado, visto que as vulnerabilidades psicossociais de tais grupos tendem a ampliar dificuldades de autocuidado, incluindo a adesão à TARV. Assim, levando em conta essas constatações dos autores, cotejando-as com a amostra da presente pesquisa, observou-se que em 130 participantes, quatro se autodeclararam mulheres trans, o que evidencia a necessidade de pesquisas futuras, instigadas pelas seguintes questões: Qual é prevalência de pessoas trans, femininas e masculinas, PVHIV que possuem acesso à saúde de qualidade? Considerando a abrangência das regiões atendidas na unidade de saúde especializada, local do desenvolvimento da pesquisa, onde pessoas trans que vivem com HIV são absorvidas para o tratamento?

Quanto à caracterização médico-clínica, os resultados encontrados eram esperados: tempo de diagnóstico e de TARV com grande amplitude, mas com valores médios próximos, em torno de oito anos, fruto da implementação do protocolo "Tratamento como Prevenção" (TasP), em vigor desde 2013, que preconiza início do tratamento antirretroviral tão logo o diagnóstico de soropositividade para o HIV esteja confirmado, independente da contagem de

linfócitos T CD4+ e da carga viral plasmática (Brasil, 2018). Esse protocolo tem aproximado as datas do diagnóstico daquelas do início do tratamento para PVHIV.

Merece destaque também a alta frequência de pessoas com carga viral indetectável e níveis de linfócitos T CD4 acima de 500 células/mm³, percentuais que foram observados em outros estudos (Brasil, 2020; Seidl & Remor, 2020), dados reveladores da eficácia da TARV, bem como da qualidade da atenção ofertada no serviço em que a pesquisa foi realizada.

Por fim, a variável comportamental histórico de interrupção do tratamento por conta própria, mostrou percentual relativamente elevado para os que responderam afirmativamente: um terço dos participantes. Essa variável tem evidenciado relação estatisticamente significativa com adesão, como os resultados de Seidl et al. (2007). Corroborando tais resultados, Tufano et al. (2015) em um estudo transversal realizado com 459 PVHIV, constataram que a interrupção do tratamento por conta própria relacionou-se significativamente com menores contagens de linfócitos T CD4, além de haver o dobro de probabilidade de apresentar carga viral detectável. Os pesquisadores também relataram que a interrupção esteve relacionada a níveis crescentes de sintomas de depressão (Tufano et al., 2015).

Risco Psicológico e *Distress*

Nas análises dos resultados do IRP obteve-se o escore médio igual a 66,41, com grande amplitude dos valores individuais que variaram de 31 a 119, além do desvio-padrão grande, revelando um índice de risco psicológico moderadamente elevado para os participantes, visto que quanto mais alto o seu escore, maior a possibilidade de risco psicológico de não ajustamento. No entanto, notou-se a diversidade dos escores da amostra, com parte dela sem um índice de risco, considerando a percepção da doença, o apoio social, o enfrentamento ativo e o *distress* atual, fatores que compõem o instrumento. Merece destaque que não há estudos que avaliaram essa variável em HIV/aids — parece ser inédita a aplicação

do IRP nessa clientela —, o que impossibilita a comparação desses resultados com os de outras pesquisas.

Quanto à variável *distress*, medida pela HAD em seu escore global, aspectos semelhantes ao IRP foram observados: diversidade da distribuição, amplitude larga e escore médio não muito elevado. Ao lado de pessoas sem evidências de *distress*, parte da amostra obteve escores indicativos de vulnerabilidade nessa esfera. Quando o indicador de risco psicológico foi correlacionado com *distress*, observou-se uma associação positiva e estatisticamente significativa, mostrando que níveis mais altos de *distress* corresponderam a escores mais altos de risco psicológico de não ajustamento, permitindo inferir que ambos os instrumentos mediram o sofrimento psicológico em PVHIV de forma coerente e convergente, o que vai ao encontro da literatura (Almeida, 2018; Souza, 2014).

Na associação com a variável adesão, risco psicológico e *distress*, obteve-se uma correlação moderada e negativa, indicando que quanto maiores os níveis de adesão de PVHIV, menor os índices de risco psicológico para não ajustamento e de *distress* e vice-versa. Ademais, houve a confirmação de uma das hipóteses do estudo: PVHIV com níveis de adesão estrita não apresentarão níveis relevantes de *distress* e de risco psicológico de não ajustamento

Devido à escassa literatura utilizando o instrumento, com evidências de validade para pessoas vivendo com câncer (Souza, 2014), podemos considerar que uma PVHIV, acometida por um adoecimento crônico poderá apresentar mudanças nos domínios físico, emocional, laboral, financeiro, conjugal, familiar, social e espiritual. Como resposta a este processo dinâmico imposto, haverá diferentes modos de lidar com as mudanças provocadas pela enfermidade (Pais-Ribeiro et al., 2010; Souza, 2014).

Ainda que os resultados da presente amostra apontem um índice médio de risco psicológico moderadamente elevado, deve-se considerar a simplificação da TARV,

distribuída de forma universal e gratuita, que possibilitou a diminuição considerável das manifestações clínicas associadas às infecções pelo HIV, melhora do prognóstico e ganhos na qualidade de vida de PVHIV (Catunda et al., 2016; Brasil, 2020; Seidl & Remor, 2020). Por isso, podemos inferir que o resultado do índice médio do instrumento apresenta associação com a grande quantidade de participantes com carga viral indetectável.

Porém, é indispensável considerar as evidências da manifestação do sofrimento psicológico, que pode propiciar transtornos mentais como resposta ao adoecimento, uma vez que, sendo o HIV um vírus de difícil controle e sem perspectiva de cura, somados a preconceitos frequentemente vivenciados (Nogueira & Seidl, 2016). Visto que, há evidências de manifestação de sofrimentos psicológico, com crescente manifestação de sintomas depressivos, associados a comportamentos de adesão insuficiente e carga viral detectável (Singh et al., 2021; Tufano et al., 2015)

Adesão ao Tratamento e Preditores

Com base em dados oficiais sobre adesão à TARV, apresentados pelo DCCI, que utilizam a base de dispensação de medicamentos para análise ao menos uma vez ao ano, em 2019 cerca de 510.996 PVHIV apresentaram adesão suficiente ao tratamento, enquanto 122.881 tinham adesão insuficiente e 61.842 tiveram perda de seguimento, ou seja, abandonaram o tratamento. Esse indicador sugere que uma significativa parcela da população brasileira em TARV apresenta comportamentos compatíveis com adesão ao tratamento, apesar do caráter simplista desse indicador (Brasil, 2020), que se baseia apenas na retirada de medicamentos nas farmácias de dispensação do SUS.

A análise da adesão revelou, a partir dos escores brutos do CEAT-VIH, que houve uma tendência para níveis de adesão satisfatória na amostra (média=75,5), considerando que o instrumento apresenta uma pontuação total igual a 89 pontos como valor máximo. Observando os dados categorizados — adesão estrita *versus* não estrita/insuficiente — 41

participantes (31%) ficaram no primeiro grupo. Essa frequência é modesta tendo em vista o grande número de pessoas com carga viral indetectável na amostra. Resultados semelhantes foram obtidos por outros pesquisadores que usaram o CEAT-VIH (Oliveira et al., 2020; Seidl & Remor, 2020; Palmeira et al., 2018). No caso de Palmeira et al. (2018), a frequência de adesão estrita foi bem mais baixa (16,9%).

Seidl e Remor (2020), que também identificaram percentual ainda menor ao do presente estudo em adesão estrita (22,6%) comentaram:

O fato de o CEAT-VIH ser um instrumento que parte do conceito multidimensional de adesão e adota níveis rigorosos na avaliação dessa conduta (indo além da observância e do cumprimento) fez com que um percentual relativamente alto nessa amostra fosse classificado com adesão insuficiente (não estrita) (p. 9).

Nas análises bivariadas, quando comparadas as medianas dos níveis de adesão segundo variáveis sociodemográficas e médico-clínicas, foram obtidas diferenças estatísticas significativas quanto à idade, carga viral e interrupção do tratamento. Na correlação de *Spearman*, *distress* e índice de risco psicológico tiveram resultados significativos com a variável adesão. Essas análises preliminares nortearam a realização do teste multivariado.

Na análise de regressão múltipla, os resultados revelaram que a variável critério adesão ao tratamento teve três preditores significativos: não ter histórico de interrupção da TARV por conta própria ao longo do tratamento, ter mais idade e escores indicativos de ausência/baixo índice de risco psicológico de não ajustamento. No entanto, o percentual de variância explicada foi modesto, sugerindo a existência de outros aspectos que podem influenciar a adesão não pesquisados no estudo.

Essa hipótese do estudo foi confirmada, mas remete a alguns comentários. Provavelmente, PVHIV mais velhos (de adultos maduros a idosos), com mais tempo de tratamento e de TARV, desenvolveram estratégias de enfrentamento adaptativas, possuem

percepção de não ameaça da doença, com repercussões positivas nos níveis de adesão. Efeitos da idade sobre a adesão também foi observado por outros pesquisadores (Seidl & Remor, 2020; Silva et al., 2022).

O histórico de interrupção do tratamento por conta própria parece ampliar as chances de adesão irregular ou representar o abandono do tratamento, confirmando a hipótese desta variável como preditora do comportamento de adesão. Tal dado revela maior vulnerabilidade de PVHIV com histórico de interrupção para a ocorrência de dificuldades de adesão. As equipes de saúde devem estar atentas de modo a prevenir essas rupturas, acompanhando e acolhendo essas pessoas (Singh et al., 2021).

Por fim, considerando que o IRP foi a medida que trouxe dados sobre pacientes que podem apresentar risco de má adaptação psicológica ao adoecimento, somada a manifestações de comorbidades psicopatológicas como resposta ao adoecimento crônico, assim como sua associação com adesão insuficiente à TARV (Bonolo et al., 2007; Brasil, 2008; Nogueira & Seidl, 2016), reforça-se a necessidade de desenvolvimento de atuação interdisciplinar e contínua, por parte dos serviços de saúde, como forma de garantir um atendimento integral e de qualidade a PVHIV, visando melhores níveis de adesão (Carvalho, 2019).

Méritos e Limitações do Estudo

Como limitações, a presente pesquisa ocorreu em um cenário mundialmente caótico com o início da pandemia da Covid-19 em 2020. Devido à frequente adaptação dos serviços de saúde à pandemia, a autorização institucional do hospital especializado para início da coleta de dados levou mais tempo para ser emitida, acarretando atrasos no cronograma da pesquisa e possibilitando a coleta apenas em uma única unidade de saúde.

Considerando as limitações impostas, a amostra selecionada por conveniência foi relativamente pequena, totalizando 130 participantes (expectativa inicial de 150

participantes). No entanto, o número alcançado foi suficiente para as análises estatísticas multivariadas (Tabachnick & Fidell, 2018). Outra limitação se refere ao estudo ter sido feito em uma única unidade de atendimento, sofrendo influências das características desse serviço específico.

Como mérito da pesquisa, compreende-se que a coleta dos dados foi realizada presencialmente na instituição hospitalar, tal como previsto no projeto inicial, ainda que no contexto da pandemia da Covid-19, assegurando todos os cuidados necessários para proteção da pesquisadora e dos participantes, o que viabilizou a realização do estudo e o alcance de seus objetivos.

Outro mérito se refere à aplicação do IRP em amostra de PVHIV, instrumento construído e com evidências de validade para pessoas com câncer (Souza, 2014). Os indicadores revelaram índices de consistência interna excelentes, indicando a importância de estudos que investiguem evidências de validade em PVHIV, com amostras maiores e diversificadas, de modo a se constituir uma ferramenta de grande utilidade na prática em saúde. O CEAT-VIH, dada a sua praticidade e multidimensionalidade, merece ser incorporado à prática da equipe nos serviços de saúde, em especial de psicólogos, de modo a avaliar a adesão ao tratamento de usuários de forma eficaz e abrangente.

Outro mérito se refere à confirmação das três hipóteses do estudo, como já citado ao longo da presente seção.

Capítulo 8

Considerações Finais

Ao longo desta pesquisa, foi ressaltada a importância do fator adesão ao tratamento de PVHIV, principalmente por se tratar de um problema de saúde pública, por mais que haja a evolução de tecnologias para seu controle clínico e políticas de acesso ao tratamento para essas pessoas. Em sua dinamicidade, a adesão se apresenta permeada por diversas variáveis que podem se comportar como fator de risco ou de proteção.

Merece destaque que os instrumentos utilizados apresentaram-se de forma fidedigna ao medirem o que se propõem, sendo possível observar evidências de validade satisfatórias do IRP quando correlacionado à HAD e ao CEAT-VIH. Porém, será necessário, para análise fatorial exploratória do instrumento junto a PVHIV, pesquisas futuras com amostras maiores e diversificadas, pacientes em internação ou em tratamento ambulatorial.

Por fim, é importante salientar que altos índices de risco psicológico para não ajustamento e *distress* podem contribuir com comportamentos de adesão insuficientes. O estudo tem implicações práticas na atenção em HIV/aids, alertando para a relevância de medidas de cuidado, acolhimento e avaliação psicossocial a serem inseridas nas rotinas dos serviços de saúde, no intuito de prevenir dificuldades de adesão ao longo do tratamento e manutenção da adesão estrita.

Referências

- Abreu-Rodrigues, M., & Seidl, E. M. F. (2009). A importância do apoio social em pacientes coronarianos. *Paidéia*, 18(40), 279-288. <http://dx.doi.org/10.1590/S0103-863X2008000200006>
- Almeida, R. F. M. (2018). *Distress psicológico e gestão do regime terapêutico em utentes portadores de HIV/SIDA no Norte de Portugal*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto, Portugal. <http://hdl.handle.net/10400.26/25741>
- Brasil. (2007). Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST e AIDS. *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV e Aids*. (Série Normas e Manuais Técnicos). Ministério da Saúde. http://bvsmms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/diretrizes_tratamento_aids.pdf
- Brasil. (2008). Secretaria de vigilância em saúde. Programa nacional de DST e AIDS. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. (Série Normas e Manuais Técnicos). Ministério da Saúde. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2008/manual-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-2008>
- Brasil. (2017). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Prevenção combinada do HIV: bases conceituais para profissionais, trabalhadores e gestores de saúde*. Ministério da Saúde. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2017/prevencao-combinada-do-hiv-bases-conceituais-para-profissionais-trabalhadores-e-gestores>
- Brasil. (2018). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos*. Ministério da Saúde. <http://www.aids.gov.br/pt->

br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos

Brasil. (2019). Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Nota informativa nº 5/2019-.DIAHV/SVS/MS. Ministério da Saúde.

Brasil. (2020). Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *Boletim Epidemiológico HIV/aids 2020*. Ministério da Saúde.

<http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hiv-aids-2020>

Bonolo, P. F., Gomes, R. R. F. M., & Guimarães, M. D. C. (2007). Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, 16(4), 261-278. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400005>

Botega, N. J., Bio M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., Jr., & Pereira W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(4), 355-363. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>

Catunda, C., Seidl, E. M. F., & Lemétayer, F. (2016). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 1-7. <http://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne218>

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. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>

Castro, E. K., & Remor, E. (Org.). (2018). *Bases teóricas da psicologia da saúde*. Appris Editora.

- Cohen, M., Hoffman, R. G., Cromwell, C., Schmeidler, J., Ebrahim, F., Carrera, G., Endorf, F., Alfonso, C. A., & Jacobson, J. M. (2002). The prevalence of distress in persons with Human Immunodeficiency Virus Infection. *Psychosomatics*, *43*(1), 10-15.
<https://doi.org/10.1176/appi.psy.43.1.10>
- Costa, J. de M., Torres, T. S., Coelho, L. E., & Luz, P. M. (2018). Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, *1*, e25066.
<http://dx.doi.org/10.1002/jia2.25066>
- Dagli-Hernandez C., Lucchetta R. C., Nadai T. R., Galduróz J. C. F., & Carvalho M. P. (2016). Self-perception of knowledge and adherence reflecting the effectiveness of antiretroviral therapy. *Patient Prefer Adherence*, *13*(10), 1787-1793.
<http://dx.doi.org/10.2147/PPA.S112108>.
- Faustino, Q. M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção cognitivo-comportamental e adesão ao tratamento em pessoas com HIV/Aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, *26*(1), 121-130.
<https://doi.org/10.1590/S0102-37722010000100014>
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & De Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of Personality and Social Psychology*, *50*(3), 571-579. <https://doi.org/10.1037/0022-3514.50.3.571>
- Garbin, C. A. S., Gatto, R. C. J., & A. J. I. (2017) Adesão à terapia antirretroviral em pacientes HIV soropositivos no Brasil: uma revisão da literatura. *Archives Health Investigation*, *6*(2), 65-70. <http://dx.doi.org/10.21270/archi.v6i2.1787>
- Gontijo, I. B. R. (2017). *Adaptação e validação do Screenig Tool For Psychosocial Distress (STOP-D) versão brasileira*. (Dissertação de Mestrado não publicada). Universidade Federal de Goiás, Goiânia, Goiás.
- Greco, D. B. (2016). Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015.

Ciência e Saúde Coletiva, 21(5), 1553-1564. <https://doi.org/10.1590/1413-81232015215.04402016>

Hull, M., Lange, J., & Montaner, J. S. (2014). Treatment as prevention – Where next?

Current HIV/AIDS Reports, 11(4), 496-504. <https://doi.org/10.1007/s11904-014-0237-5>

Jota, F. A. (2011). *Os antirretrovirais através da história, da descoberta até os dias atuais*

(Monografia de pós-graduação Lato Sensu), Instituto de Tecnologia de Fármacos– Farmanguinhos/Fiocruz]. Arca – Repositório Institucional Fiocruz.

<https://www.arca.fiocruz.br/bitstream/icict/11130/1/72.pdf>

Kini, V., & Ho, P. M. (2018). Interventions to improve medication adherence: A review.

JAMA, 320(23), 2461–2473. <https://doi.org/10.1001/jama.2018.19271>

Lenzi, L., Tonin, F. S., Souza, V. R., & Pontarolo, R. (2018). Suporte social e HIV: relações entre características clínicas, sociodemográficas e adesão ao tratamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 34, 1-11.

<https://doi.org/10.1590/0102.3772e34422>

Luckett, T., Butow, P. N., King, M. T., Oguchi, M., Heading, G., Hackl, N. A., Rankin, N., & Price, M. A. (2010). A review and recommendations for optimal outcome measures of anxiety, depression and general distress in studies evaluating psychosocial interventions for English-speaking adults with heterogeneous cancer diagnoses.

Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of

Supportive Care in Cancer, 18(10), 1241–1262. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0932-8>

Mutumba, M., Musiime, V., Lepkowskim J., Harper, G., Snow, R., Resnicow, K., &

Bauermeister, J. (2016). Examining the relationship between psychological distress and adherence to anti-retroviral therapy among Ugandan adolescents living with HIV.

AIDS Care, 28(7), 807-815. <https://doi.org/10.1080/09540121.2015.1131966>

Niu, L., Luo, D., Chen, X., Wang, M., Zhou, W., Zhang, D., & Xiao, S. (2019). Longitudinal

- trajectories of emotional problems and unmet mental health needs among people newly diagnosed with HIV in China. *Journal of the International AIDS Society*, 22(8), e25332. <https://doi.org/10.1002/jia2.25332>
- Nogueira, F. R. N., Pellegrino, P., Duarte, A. S., Inoue, S. R. V., & Marqueze, E. C. (2019). Transtornos mentais comuns estão associados a maior carga viral em pessoas vivendo com HIV. *Saúde em Debate*, 43(121), 464-476. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912114>
- Nogueira, S. G., & Seidl, E. M. F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/Aids. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595-608. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-12>
- Oliveira, R. S., Primeira, M. R., Santos, W. M., Paula, C. C., & Padoin, S. M. M. (2020). Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, e20190290. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190290>
- Pais-Ribeiro, J. L., Silva, I., Pedro, L., Meneses, R., Cardoso, H., Mendonça, D., Vilhena, E., Abreu, M., Martins, A., & Martins-da-Silva, A. (2010). O ajustamento à doença crónica: aspectos conceptuais. In I. Leal, & J. L. Pais-Ribeiro (Eds.), *Psicologia da saúde: sexualidade, género e saúde* (pp. 147-155). Edições ISPA. <http://hdl.handle.net/10400.21/3031>
- Paschoal, E.P., Santo, C. C. E., Gomes, A. M.T., Santos, E. I., Oliveira, & D. C., Pontes, A. P. M. (2014). Adesão à terapia antirretroviral e suas representações para pessoas vivendo com HIV/aids. *Escola Anna Nery*, 18(1), 32-40. <https://doi.org/10.5935/1414-8145.20140005>
- Pinto, I. A., & Figuiêredo, A. A. F. (2018). *Fatores que influenciam na adesão e não-adesão ao tratamento antirretroviral por pessoas vivendo com HIV/aids: uma revisão da*

literatura científica produzida no Brasil entre 2010-2017 [apresentação em conferência]. Convención Internacional de Salud Pública, La Habana, Cuba.

<http://www.convencionsalud2018.sld.cu>

Polejack, L. & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciências e Saúde Coletiva*, 15(1), 1201-1208. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029>

Primeira, M. R., dos Santos, É. E. P., Züge, S. S., de Souza Magnago, T. S. B., de Paula, C. C., & de Mello Padoin, S. M. (2018). Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com HIV. *Saúde e Pesquisa*, 11(2), 307-314.

<https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p307-314>

Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS. (2021). *Estatísticas mundiais sobre o HIV* [Folha de dados].

https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2021/06/2020_11_19_UNAIDS_FactSheet_PORT_Revisada-Final.pdf

Rachid, M., & Schechter, M. (Org.). (2017). *Manual de HIV/aids* (10º ed.). Thieme Revinter Publicações.

Ramos Junior, A., Machado, A. dos S., Primeira, M. R., Santos, W. M. dos., Langendorf, T. F., Paula, C. C. de, & Padoin, S. M. de M. (2021). Association between expectation of self-efficacy and adherence to antiretroviral treatment in adults with HIV. *Research, Society and Development*, 10(13), e494101321376. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21376>

Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685-694. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>

- Remor, E. (2013a). Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *The patient*, 6(2), 61–73.
<https://doi.org/10.1007/s40271-013-0009-0>
- Remor, E. (2013b). Release of an online self-reporting tool for assessing adherence to antiretroviral therapy (CEAT-VIH). *Journal of Antiviral & Antiretrovirals*, 5, 178-179. <https://doi.org/10.4172/jaa.1000085>
- Ridner, S. H. (2004) Psychological distress: concept analysis. *Journal of Advanced Nursing*, 45(5), 536–545. <https://doi.org/10.1046/j.1365-2648.2003.02938.x>
- Rodger, A. J., Cambiano, V., Bruun, T., Vernazza, P., Collins, S., Degen, O., Corbelli, G. M., Estrada, V., Geretti, A. M., Beloukas, A., Raben, D., Coll, P., Antinori, A., Nwokolo, N., Rieger, A., Prins, J. M., Blaxhult, A., Weber, R., Eeden, A. V., ... Lundgren, J. (2019). Risk of HIV transmission through condomless sex in serodifferent gay couples with the HIV-positive partner taking suppressive antiretroviral therapy (PARTNER): final results of a multicentre, prospective, observational study. *The Lancet*, 393, 2428-2438. [https://doi.org/10.1016/S0140-6736\(19\)30418-0](https://doi.org/10.1016/S0140-6736(19)30418-0)
- Rodvalho, A. G., Lucchese, R., Lemos, M. F., Diniz-Pinto, H. S., Araujo, L. B., & Barros, P. M., (2018). Alterações de saúde mental em pessoas que vivem com HIV/aids. *Perspectivas em Psicologia*, 22(2), 26-42.
<http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/46557>
- Santos, W. M., Padoin, S. M. M., Magnago, T. S. B. S., Dalmolin, G. L., & Zuge, S. S. (2015). Fatores intervenientes entre suporte social e autoeficácia em pessoas infectadas pelo HIV. *Scientia Medica*, 25(2), 1-10. <https://doi.org/10.15448/1980-6108.2015.2.21105>
- Sebastini W. R., & Oliveira A. P. (2017). Atenção psicológica interdisciplinar ao portador de doenças crônicas e sua família: impactos das transições epidemiológicas e

- demográficas. Em Angerami V.A. (Org.), *E a psicologia entrou no hospital* (pp. 337-378). Artesã Editora.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: Enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195. <https://doi.org/10.1590/S0102-79722005000200006>
- Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala de avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326. <https://doi.org/10.1590/S0102-37722006000300008>
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antiretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2305-2316. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>
- Seidl, E. M. F., & Remor, E. (2020). Adesão ao tratamento, resiliência e percepção de doença em pessoas com HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36, e36nspe6. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>
- Singh, B. G., Dubey, P., & Pandey, D. (2021). Role of psycho-social intervention: a literature based study. *The International Journal of Indian Psychology*, 9(4). <http://dx.doi.org/10.25215/0904.210>
- Silva, B. B., Brito, A., Monteiro, E. P., Mondelo, G. P., & Remor, E. (2019). Evidence of validity for the online version of the assessment of adherence to antiretroviral therapy questionnaire. *SAGE Journals*, 9(3), 1-12. <https://doi.org/10.1177/2158244019877201>
- Silva, M., Dias, F. A., Testoni, C. F., Höfelmann, D. A., & Rattmann, Y. D. (2022). Sociodemographic and pharmacoepidemiological profile of people on antiretroviral therapy in the coast of the state of Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 44(1), e56764. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v44i1.56764>

- Souza, J. R. (2014). *Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO): construção e validação de um instrumento de triagem para pacientes com câncer* (Tese de Doutorado não publicada). Universidade de Brasília, Brasília, DF.
<https://repositorio.unb.br/handle/10482/16804>
- Sharpe, L., & Curran, L. (2006). Understanding the process of adjustment illness. *Social Science & Medicine*, 62(5), 1153-1166.
<https://doi.org/10.1016/j.socscimed.2005.07.010>
- Stutterheim, S. E., van Dijk, M., Wang, H., & Jonas, K. J. (2021) The worldwide burden of HIV in transgender individuals: An updated systematic review and meta-analysis. *PLoS ONE*, 16(12): e0260063. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260063>
- Tabachnik, B. G., & Fidell, L. S. (2018). *Using multivariate statistics* (7^a ed.). Pearson.
- Tufano, C. S., Amaral, R. A. D., Cardoso, L. R. D., & Malbergier, A. (2014). The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy. A cross-sectional prevalence study. *São Paulo Medical Journal*, 133(3), 179-186.
<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2013.7450010>
- Weinman, J., Petrie, K. J., Moss-Morris, R., & Horne, R. (1996). The illness perception questionnaire: a new method for assessing the cognitive representation of illness. *Journal Psychology & Health*, 11(3), 431-445.
<http://doi.org/10.1080/08870449608400270>
- World Health Organization. (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. WHO. https://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf

ANEXO 1 - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido



Universidade de Brasília – UnB
 Instituto de Psicologia – IP
 Departamento de Psicologia Clínica – PCL
 Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura PPG-PsiCC

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – TCLE

Você está sendo convidado(a) a participar da pesquisa “Análise de risco psicológico e adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/aids”, de responsabilidade da psicóloga pesquisadora Aline Rosa da Costa, sob a orientação da psicóloga e professora Dra. Eliane M. F. Seidl do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília (UnB). O estudo é uma Dissertação de Mestrado do Curso de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura da UnB. Seu objetivo é pesquisar os novos desafios que surgiram referentes à adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV (PVHIV) e os fatores associados a este processo em pessoas em uso da terapia antirretroviral (TARV). O estudo se propõe também a pesquisar sobre o processo de ajustamento no contexto do adoecimento, para se identificar PVHIV que apresentem algum nível de sofrimento emocional.

O(a) senhor(a) receberá todos os esclarecimentos necessários antes e no decorrer da pesquisa. Asseguramos que seu nome não aparecerá, sendo mantido o mais rigoroso sigilo pela omissão de quaisquer informações que permitam identificá-lo(a). No mais, os dados colhidos serão protegidos por senha de acesso.

A sua participação se dará por meio de respostas a questionários, respondidos individualmente, aqui mesmo, no Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT), em um único encontro, antes ou após a consulta ambulatorial ou na internação. O tempo estimado para sua participação será de 40 minutos. Também será consultado o seu prontuário para a coleta de informações laboratoriais.

Sobre os riscos decorrentes de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) poderá sentir algum cansaço por responder diversas perguntas, constrangimento, vergonha com o teor de alguma questão ou pode ficar emocionado ao lembrar de alguma situação relacionada às perguntas. A pesquisadora estará atenta a qualquer destas reações, porém comunique imediatamente se alguma dessas situações acontecer. Saiba que a pesquisadora é graduada e especialista em Psicologia da Saúde, estando, portanto, capacitada para atender qualquer imprevisto que possa ocorrer. Se o(a) senhor(a) aceitar participar, estará contribuindo para a oferta de intervenções psicossociais adequadas a pessoas vivendo com HIV e contribuir de forma significativa com produções científicas e qualificação de profissionais da saúde.

O(a) senhor(a) poderá solicitar uma pausa para descanso, recusar a responder qualquer questão que lhe traga constrangimento ou mesmo desistir de participar da pesquisa em qualquer momento, sem qualquer prejuízo, bastando para isso informar a desistência. Sua participação é voluntária e sem interesse financeiro, isto é, não há pagamento por sua colaboração.

Caso haja algum dano direto ou indireto decorrente de sua participação na pesquisa, o(a) senhor(a) deverá buscar ser indenizado, obedecendo-se as disposições legais vigentes no Brasil.

Os resultados da pesquisa serão divulgados na Universidade de Brasília podendo ser publicados posteriormente. Os dados e materiais serão utilizados somente para esta pesquisa

e ficarão sob a guarda do pesquisador por um período de cinco anos, e após esse tempo serão destruídos.

Se o(a) senhor(a) tiver qualquer dúvida em relação à pesquisa, por favor telefone para: Aline Rosa da Costa, na Universidade de Brasília no telefone (64) 98149-1239, disponível inclusive para ligação a cobrar. Ou através do e-mail rosadacostaaline@gmail.com.

Inicialmente, este projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília CEP/CHS – UnB, seguido do CEP do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad CEP/ HDT. O CEP é composto por profissionais de diferentes áreas cuja função é defender os interesses dos participantes da pesquisa em sua integridade e dignidade e contribuir no desenvolvimento da pesquisa dentro de padrões éticos. As dúvidas com relação à assinatura do TCLE ou os direitos do participante da pesquisa podem ser esclarecidas pelo telefone (61) 3107 1592 ou pelo e-mail cep_chs@unb.br, localizado em Brasília - DF. Ou então, por meio do telefone (62) 3201-3221 e o CEP/HDT, que se localiza na Alameda Contorno, número 3.556, Jardim Bela Vista, Goiânia - GO.

Caso concorde em participar, pedimos que rubriche as folhas e assine este documento que foi elaborado em duas vias, uma ficará com o pesquisador responsável e a outra com o(a) Senhor(a).

Goiânia, ____ de _____ de _____

Nome do Participante de Pesquisa

Assinatura do Participante de Pesquisa

Telefone

Nome e assinatura do Pesquisador Responsável

Aline Rosa da Costa
CRP – 09/010903

ANEXO 2 - Questionário Sociodemográfico



Universidade de Brasília – UnB
 Instituto de Psicologia – IP
 Departamento de Psicologia Clínica – PCL
 Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura PPG-PsiCC

Questionário Sociodemográfico

Idade: _____

Data de nascimento: __/__/____

Onde mora? _____

Sexo biológico:

Feminino Masculino

Qual seu gênero?

- Mulher cisgênera
 Homem cisgênero
 Mulher transexual/transgênera
 Homem transexual/transgênero
 Não binário
 Prefiro não me classificar
 Outro.

Qual? _____

Cor ou Raça: Como você se autodenomina?

- Branca
 Preta
 Parda
 Amarela
 Indígena

Situação Conjugal:

- Possui companheiro(a): casado(a) ou união estável
 Não possui companheiro(a): solteiro(a), divorciado(a), viúvo(a)

Escolaridade:

Não alfabetizado

- Ens. fundamental incompleto
 Ens. fundamental completo
 Ens. médio incompleto
 Ens. médio completo
 Ens. superior incompleto
 Ens. superior completo

Renda familiar:

- Menos de 1 salário-mínimo
 De 1 a 3 salários mínimos
 De 4 a 6 salários mínimos
 De 7 a 9 salários mínimos
 Mais que 10 salários mínimo

Você se considera uma pessoa religiosa ou espiritualizada?

sim, tenho religião ou crença numa doutrina específica. Qual (is)?

 sim, tenho crenças religiosas, mas não são relativas a uma religião ou doutrina específica.

não tenho crenças religiosas nem em doutrinas deste tipo.

Outro. O quê?

Orientação sexual:

- Homossexual
 Heterossexual
 Bissexual
 Outra: _____
 Prefiro não informar

ANEXO 3 – Questionário médico-clínico

Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia – IP
Departamento de Psicologia Clínica – PCL
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura PPG-PsiCC

Questionário médico-clínico

Em que ano você recebeu o diagnóstico de HIV/aids?

Em que ano começou a fazer uso dos medicamentos antirretrovirais?

Em algum momento anterior você interrompeu por conta própria o seu tratamento com medicamentos antirretrovirais?

() Não

() Sim. Quantas vezes? _____

Por que interrompeu?

Contagem dos Linfócitos T CD4/CD8: _____

Data: _____

Contagem da Carga Viral: _____

Data: _____

ANEXO 4 - Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD



Universidade de Brasília – UnB
Instituto de Psicologia – IP
Departamento de Psicologia Clínica – PCL
Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura PPG-PsiCC

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HAD

Este questionário nos ajudará a saber como você está se sentindo. Leia todas as frases e marque com um “X” a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na ÚLTIMA SEMANA. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Neste questionário as respostas espontâneas têm mais valor do que aquelas em que se pensa muito. Marque apenas uma resposta para cada pergunta.

1) Eu me sinto tenso/a ou contraído/a: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Nunca	8) Eu estou lento/a para pensar e fazer as coisas: 3 () Quase sempre 2 () Muitas vezes 1 () De vez em quando 0 () Nunca
2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes: 0 () Sim, do mesmo jeito que antes 1 () Não tanto quanto antes 2 () Só um pouco 3 () Já não sinto mais prazer em nada	9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago: 0 () Nunca 1 () De vez em quando 2 () Muitas vezes 3 () Quase sempre
3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer: 3 () Sim, e de um jeito muito forte 2 () Sim, mas não tão forte 1 () Um pouco, mas isso não me preocupa 0 () Não sinto nada disso	10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência: 3 () Completamente 2 () Não estou mais me cuidando como deveria 1 () Talvez não tanto quanto antes 0 () Me cuido do mesmo jeito que antes
4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Atualmente um pouco menos 2 () Atualmente bem menos 3 () Não consigo mais	11) Eu me sinto inquieto/a, como se eu não pudesse ficar parado/a em lugar nenhum: 3 () Sim, demais 2 () Bastante 1 () Um pouco 0 () Não me sinto assim
5) Estou com a cabeça cheia de preocupações: 3 () A maior parte do tempo 2 () Boa parte do tempo 1 () De vez em quando 0 () Raramente	12) Fico esperando animado/a as coisas boas que estão por vir: 0 () Do mesmo jeito que antes 1 () Um pouco menos do que antes 2 () Bem menos do que antes 3 () Quase nunca
6) Eu me sinto alegre: 3 () Nunca 2 () Poucas vezes 1 () Muitas vezes 0 () A maior parte do tempo	13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico: 3 () A quase todo momento 2 () Várias vezes 1 () De vez em quando

	0 () Não sinto isso
7) Consigo ficar sentado/a à vontade e me sentir relaxado/a: 0 () Sim, quase sempre 1 () Muitas vezes 2 () Poucas vezes 3 () Nunca	14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa: 0 () Quase sempre 1 () Várias vezes 2 () Poucas vezes 3 () Quase nunca

ANEXO 5 - Indicador de Risco Psicológico – IRP



Universidade de Brasília – UnB
 Instituto de Psicologia – IP
 Departamento de Psicologia Clínica – PCL
 Programa de Pós-graduação em Psicologia Clínica e Cultura PPG-PsiCC

Indicador de Risco Psicológico – IRP

Para conhecermos mais sobre você e a forma como está lidando com essa etapa da sua vida, depois do adoecimento, faremos algumas perguntas. **IMPORTANTE** - As perguntas devem ser respondidas apenas por você ou com ajuda de um membro da equipe. Por favor, responda cada pergunta abaixo marcando um X na resposta apropriada.

Não há respostas certas ou erradas.

Escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você **percebe** seu adoecimento:

1. Quanto a doença afeta a sua vida?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Não afeta em nada	Afeta um pouco	Afeta moderadamente	Afeta muito	Afeta Demais

2. Quanto você está preocupado(a) com sua doença?

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Não estou preocupado/a	Um pouco preocupado/a	Moderadamente preocupado/a	Muito preocupado/a	Preocupado/a Demais

3. Quanto a doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).

<input type="radio"/> 1	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 5
Não me afeta	Afeta um pouco	Afeta-me moderadamente	Afeta-me muito	Afeta-me demais

Indique a frequência do suporte que recebe de familiares e/ou amigos, **se você precisar**:

4. Posso contar com alguém com quem fazer coisas agradáveis.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

5. Posso contar com alguém para compartilhar minhas preocupações e medos.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

6. Posso contar com alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à minha enfermidade.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

7. Posso contar com alguém que me ajude a melhorar meu humor, meu astral.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

8. Posso contar com alguém que me ajude, se precisar ficar de cama.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

9. Posso contar com alguém para me levar ao médico.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

10. Posso contar com alguém que me ajude nas tarefas diárias se ficar adoentado(a)/debilitado(a).

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

11. Me sinto satisfeito(a) em relação ao tipo de apoio recebido.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

Em relação ao seu **problema de saúde atual**, indique a frequência dos seguintes comportamentos:

12. Procuo apoio emocional de alguém (família, amigos).

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

13. Conto meus medos e preocupações sobre a doença a um amigo ou parente.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

14. Tento encontrar estratégias (meios, planos, recursos) que me ajudem a lidar com a doença.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

15. Procuo algo positivo em tudo que está acontecendo.

<input type="radio"/> 5	<input type="radio"/> 4	<input type="radio"/> 3	<input type="radio"/> 2	<input type="radio"/> 1
Nunca	Quase nunca	Às vezes	Quase sempre	Sempre

16. Faço coisas que são importantes para mim, apesar de estar doente.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

17. Tento aprender a conviver com a doença.

()5 Nunca	()4 Quase nunca	()3 Às vezes	()2 Quase sempre	()1 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

18. Sinto que nada do que faço poderá me ajudar.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

19. Penso que a vida é ruim porque estou doente.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

Por favor, responda cada pergunta na opção mais apropriada para você.

20. Durante a última semana meus pensamentos estão repetitivos e cheios de coisas assustadoras.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

21. Durante a última semana tenho me sentido agitado/a e achado difícil me acalmar.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

22. Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e trêmulo/a por dentro.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

23. Durante a última semana tenho me sentido tenso/a e não conseguido relaxar.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

24. Durante a última semana tenho perdido o interesse por coisas com as quais eu usualmente me importava ou apreciava.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

25. Durante a última semana tenho sentido que não posso controlar nada.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

26. Durante a última semana tenho me sentido nervoso/a e instável.

()1 Nunca	()2 Quase nunca	()3 Às vezes	()4 Quase sempre	()5 Sempre
---------------	---------------------	------------------	----------------------	----------------

27. No último ano, por duas semanas ou mais, eu me senti triste, desanimado/a ou deprimido/a.

<input type="radio"/> 1 Nunca	<input type="radio"/> 2 Quase nunca	<input type="radio"/> 3 Às vezes	<input type="radio"/> 4 Quase sempre	<input type="radio"/> 5 Sempre
----------------------------------	--	-------------------------------------	---	-----------------------------------

Muito obrigada!