

FACULDADE DE MEDICINA DE SÃO JOSÉ DO RIO PRETO
PROGRAMA DE MESTRADO EM PSICOLOGIA E SAÚDE

FERNANDA LAVEZZO

CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ADAPTATIVOS DE
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS

São José do Rio Preto – SP

2024

FERNANDA LAVEZZO

**CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ADAPTATIVOS DE
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

Dissertação de Mestrado apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia e Saúde, como parte dos requisitos para obtenção do Título de Mestre.

ORIENTADOR: PROF. DR. EDUARDO SANTOS MIYAZAKI

São José do Rio Preto – SP

2024

Lavezzo, Fernanda

Categorização de comportamentos adaptativos de pessoas que vivem com HIV/aids / Fernanda Lavezzo – São José do Rio Preto, 2024.
xv, 86f.

Dissertação (Mestrado) – Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto – FAMERP. Programa de Pós-graduação em Psicologia e Saúde.
Área de Concentração: Psicologia e Saúde.

Título em inglês: Categorization of adaptive behaviors of people living with HIV/aids.

Orientador: Prof. Dr. Eduardo Santos Miyazaki

1. Adesão ao Tratamento; 2. HIV/aids; 3. Comportamento adaptativo.

FERNANDA LAVEZZO

**CATEGORIZAÇÃO DE COMPORTAMENTOS ADAPTATIVOS DE
PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS**

**BANCA EXAMINADORA
DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE MESTRADO**

Presidente e Orientador: Prof. Dr. Eduardo Santos Miyazaki

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

1º Examinador: Prof. Dr. Irineu Luiz Maia

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

2º Examinador: Prof. Dr. Randolpho dos Santos Júnior

Instituição: Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto

São José do Rio Preto, 26/02/2024

SUMÁRIO

Dedicatória.....	iv
Agradecimentos.....	v
Epígrafe.....	vi
Lista de Tabelas.....	vii
Lista de Figuras.....	viii
Lista de Anexos.....	ix
Lista de Apêndices.....	x
Lista de Abreviaturas e Siglas.....	xi
Resumo.....	xii
Abstract.....	xiv
Introdução.....	1
Objetivos.....	7
Método.....	7
Participantes.....	7
Materiais.....	8
Procedimento.....	10
Análise de Dados.....	10
Aspectos Éticos.....	12
Resultados e Discussão.....	12
Conclusão.....	29
Referências.....	31
Anexos.....	51
Apêndices.....	64

Às pessoas que vivem com HIV/aids.

AGRADECIMENTOS

À Deus pelo dom da vida e por sempre mostrar-me o quão desafiante e lindo é ser humano.

Aos meus pais, José Olívio e Marilza, e ao meu marido, Renan, pelo amor, paciência e cuidado para comigo.

Ao meu orientador, Prof. Dr. Eduardo Santos Miyazaki, pelas palavras firmes e incentivadoras, bem como por tornar possível a realização desse trabalho.

Ao Serviço de Psicologia FAMERP/FUNFARME pela oportunidade de crescer pessoal e profissionalmente.

À equipe interdisciplinar da Infectologia pelo acolhimento e valorização do meu trabalho.

Ao meu amigo-irmão Adriano pelos conhecimentos e experiências compartilhados e ao Bruno pela parceria nessa jornada.

Aos pacientes que vivem com HIV/aids por aceitarem compartilhar suas histórias conosco.

*“Deve haver paz e compreensão algum dia
Ventos fortes da promessa que soprarão para longe
a dúvida e o medo
Se eu posso sonhar com um sol mais brilhante
Onde a esperança continua brilhando em todo
mundo (...)
Estamos presos em um mundo que está perturbado
com a dor
Mas enquanto um homem tiver forças para sonhar
Ele pode redimir sua alma e voar!”.
(If I can dream – Elvis Presley)*

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 – Análise descritiva dos dados sociodemográficos da amostra.....	13
Tabela 2 – Análise descritiva dos índices de acompanhamento psicológico/psiquiátrico e suporte social.....	15
Tabela 3 – Análise descritiva dos dados relativos à Escala Transversal de Sintomas.....	15
Tabela 4 – Estatística descritiva do CEAT-VIH.....	16
Tabela 5 – Análise descritiva das classificações da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids.....	17
Tabela 6 – Análise descritiva dos domínios da escala WHOQOL-bref.....	18
Tabela 7 – Análise de correlação entre EMEP, idade e tempo de diagnóstico.....	19
Tabela 8 – Análise de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e CEAT-VIH.....	23
Tabela 9 – Análise de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e a Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids.....	24
Tabela 10 – Análise de correlação entre CEAT-VIH e Escala de Expectativa de Autoeficácia.....	25

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 – Fluxograma dos participantes.....	13
Figura 2 – Categorização das respostas abertas da pergunta 1.....	25
Figura 3 – Categorização das respostas abertas da pergunta 2.....	27
Figura 4 – Categorização das respostas abertas da pergunta 3.....	27

LISTA DE ANEXOS

Anexo 1: WHOQOL-bref.....	51
Anexo 2: Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP).....	53
Anexo 3: Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH).....	55
Anexo 4: Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids.....	56
Anexo 5: Escala de Expectativa de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral.....	62
Anexo 6: Escala Transversal de Sintomas.....	63

LISTA DE APÊNDICES

Apêndice 1: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	64
Apêndice 2: Questionário Sociodemográfico.....	67
Apêndice 3: Entrevista semiestruturada.....	69

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	<i>Acquired immunodeficiency syndrome</i>
ARV	Antirretrovirais
CEAT-VIH	Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral
CEP	Comitê de ética em pesquisa em seres humanos
DNA	<i>Deoxyribonucleic acid</i>
EMEP	Escala Modos de Enfrentamento de Problemas
ETS	Escala Transversal de Sintomas
HAART	<i>Highly active antiretroviral therapy</i>
HIV	<i>Human immunodeficiency virus</i>
HSH	Homens que fazem sexo com homem
IST	Infecção sexualmente transmissível
PVHA	Pessoas que vivem com HIV/aids
QV	Qualidade de vida
RNA	<i>Ribonucleic acid</i>
Sida	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SRA	Síndrome Retroviral Aguda
TARV	Terapia antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TR	Transcriptase Reversa
VIH	Vírus da imunodeficiência humana

Lavezzo, F. (2024). *Categorização de comportamentos adaptativos de pessoas que vivem com HIV/aids* (Dissertação de Mestrado). FAMERP, São José do Rio Preto.

RESUMO

Introdução: o comportamento de adesão ao tratamento antirretroviral de alta atividade (HAART) pode configurar-se como importante barreira para o cuidado adequado em saúde.

Objetivo: caracterizar as pessoas que convivem com HIV/aids (PVHA) e apresentam comportamentos adaptativos frente ao tratamento, e correlacionar as variáveis de controle desses comportamentos.

Material e Método: trata-se de um estudo do tipo descritivo transversal. Foram avaliados pacientes ambulatoriais em tratamento antirretroviral que apresentaram, há mais de 12 meses, carga viral indetectável e $CD4 \geq 500$ células/mm³. Para a coleta de dados utilizou-se os seguintes instrumentos: questionário sociodemográfico, Entrevista semiestruturada, WHOQOL-bref, Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP), Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH), Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids, Escala de Expectativa de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral e Escala Transversal de Sintomas (ETS). Realizou-se análise qualitativa e quantitativa dos dados coletados com estatísticas descritivas e testes estatísticos ($p \leq 0,05$). **Resultados:** predominância do sexo masculino, baixa escolaridade e renda familiar de 2 a 4 salários mínimos. A maioria demonstrou adesão boa ou estrita ao tratamento, duas ou mais fontes de suporte social e não apresentou sintomas psiquiátricos graves. Identificou-se boa expectativa de autoeficácia frente ao tratamento antirretroviral, adequada percepção de qualidade de vida geral e de apoio social e satisfação com a saúde. O principal modo de enfrentamento obtido foi o focado no problema. Foram encontradas correlações positivas entre estratégia de enfrentamento, qualidade de vida, suporte social, adesão ao tratamento antirretroviral e expectativa de autoeficácia. E negativas

entre idade, tempo de diagnóstico, estratégia de enfrentamento e qualidade de vida. Realizou-se também análises comparativas entre saúde mental e as demais variáveis supracitadas. A maioria relatou não ter dificuldade com o tratamento medicamentoso e elencou motivação relacionada à qualidade de vida, suporte social e espiritualidade. Dentre as principais dicas oferecidas pelos participantes, destacou-se a persistência no tratamento, a busca por informações adequadas e o suporte social. **Conclusões:** a adesão ao tratamento antirretroviral consiste em um processo colaborativo e de corresponsabilidade no cuidado em saúde. Diante da eficácia medicamentosa, da redução do número diário de comprimidos e da redução dos efeitos adversos proporciona-se saúde, sobrevida e qualidade de vida às PVHA. Além disso, a adaptação psicológica ao HIV/aids associada à satisfação com o suporte social disponível e a presença da religiosidade estimulam a adesão e manutenção do tratamento, favorecem estilos de vida saudáveis e de gestão ativa da saúde, e fortalecem o enfrentamento das PVHA no convívio com uma doença crônica e estigmatizante.

Palavras-chave: Adesão ao tratamento; HIV/aids; Terapia antirretroviral de alta atividade; Comportamento adaptativo.

Lavezzo, F. (2024). *Categorization of adaptive behaviors of people living with HIV/aids*. (Masters dissertation). FAMERP, São José do Rio Preto.

ABSTRACT

Introduction: adherence to highly active antiretroviral treatment (HAART) can be an important barrier to adequate health care. **Objective:** to characterize people living with HIV/AIDS (PLWHA) and exhibit adaptive behaviors in response to treatment, and to correlate the control variables for these behaviors. **Material and Method:** this is a cross-sectional descriptive study. Outpatients on antiretroviral treatment who had, for more than 12 months, an undetectable viral load and $CD4 \geq 500$ cells/mm³ were evaluated. For data collection, the following instruments were used: sociodemographic questionnaire, Semi-structured interview, WHOQOL-bref, Problem coping scale (EMEP), Questionnaire to assess adherence to antiretroviral treatment (CEAT-HIV), Social support scale for people living with HIV/AIDS, Self-Efficacy expectancy scale to follow antiretroviral prescription and Cross-sectional symptom scale (ETS). Qualitative and quantitative analysis of the data collected was carried out with descriptive statistics and statistical tests ($p \leq 0,05$). **Results:** male predominance, low education and family income of 2 to 4 minimum wages. The majority demonstrated good or strict adherence to treatment, identified two or more sources of social support, and did not present severe psychiatric symptoms. There was a good expectation of self-efficacy regarding antiretroviral treatment, adequate perception of general quality of life and social support and satisfaction with health. The main way of coping obtained was focused on the problem. Positive correlations were found between coping strategy, quality of life, social support, adherence to antiretroviral treatment and expected self-efficacy. And negative differences between age, time since diagnosis, coping strategy and quality of life. Comparative analyzes were also carried out between mental health and the other variables mentioned above. The majority reported having no difficulty with drug

treatment and listed motivation related to quality of life, social support and spirituality. Among the main tips offered by participants, persistence in treatment, the search for adequate information and social support stood out. **Conclusions:** adherence to antiretroviral treatment consists of a collaborative and co-responsible process in health care. Given the drug's effectiveness, reducing the daily number of pills and adverse effects provides health, survival and quality of life for PLWHA. Furthermore, psychological adaptation to HIV/AIDS associated with satisfaction with available social support and the presence of religiosity encourage adherence and maintenance of treatment, promote healthy lifestyles and active health management, and strengthen PLWHA's ability to cope with a chronic and stigmatizing disease.

Keywords: Adherence to treatment; HIV/AIDS; Highly active antiretroviral therapy; Adaptive behavior.

INTRODUÇÃO

O diagnóstico de uma doença crônica na vida adulta é considerado uma circunstância estressante. Suas causas estão associadas ao estilo de vida, à hereditariedade, aos determinantes ambientais e/ou fisiológicos. Dentre as doenças crônicas existem as transmissíveis e as não-transmissíveis, que são responsáveis pelas principais causas de morbimortalidade no mundo. Dentre as não transmissíveis merecem destaque as doenças do sistema circulatório e, dentre as transmissíveis, as doenças infecciosas como o HIV/aids e a hepatite B (Pontes-Pereira et al., 2023).

O HIV (vírus da imunodeficiência humana, do inglês *human immunodeficiency virus*) é o agente etiológico da síndrome da imunodeficiência adquirida (sida ou do inglês *aids acquired immunodeficiency syndrome*). Trata-se de um retrovírus humano pertencente ao gênero dos lentivírus e que diferencia-se em dois tipos, sendo o HIV-1 o mais prevalente no mundo e o HIV-2 restrito a países da África Ocidental. Quanto às características, ambos são envelopados, têm duas fitas RNA (ácido ribonucleico, do inglês *ribonucleic acid*) positivas, apresentam a enzima Transcriptase Reversa (TR) e afetam células que contêm o receptor CD4 em sua superfície. Esse processo envolve a ligação da glicoproteína do envelope proteico do vírus ao receptor CD4 presente em certos tipos celulares, dentre os quais destacam-se os linfócitos T auxiliares (*Helper*), componentes do sistema imunológico. Após a infecção da célula, a enzima TR entra em ação transcrevendo o RNA viral em uma molécula de DNA (ácido desoxirribonucleico, do inglês *deoxyribonucleic acid*) fita dupla. Essa nova molécula de DNA é acoplada ao DNA da célula infectada e passa a ser transcrita em RNAm (RNA mensageiro) para ser traduzida em proteínas virais (Rachid & Schechter, 2017; Murray et al., 2022; Levinson et al., 2021).

A transmissão do HIV ocorre majoritariamente via sexual e via transferência de sangue contaminado com células infectadas e/ou com o próprio vírus livre. Na contaminação sexual

o risco é aumentado com práticas sexuais desprotegidas, sexo anal, presença de úlceras genitais, estado debilitado do sistema imunológico do transmissor, presença de outras ISTs (Infecções Sexualmente Transmissíveis) e relação sexual durante o período menstrual. Já a transmissão através da inoculação no sangue inclui: o compartilhamento de agulhas entre usuários de drogas intravenosas, os acidentes com objetos perfurocortantes (principalmente envolvendo profissionais da saúde) e as agulhas de tatuagem não esterilizadas. Uma terceira forma ocorre através da transmissão vertical. Cerca de 50% dos neonatos contaminados tiveram o contágio através do contato com o sangue materno durante o parto. A transmissão vertical também pode ocorrer via transplacentária e por meio da amamentação, no entanto, tem baixa incidência devido aos cuidados no pré-natal e orientações durante a aleitamento (Rachid & Schechter, 2017; Murray et al., 2022; Levinson et al., 2021; Brasil, 2010; Antunes, 2020; Oliveira, 2016).

Na história natural da doença, os primeiros sinais e sintomas clínicos são inespecíficos (mialgia, cefaleia, febre, linfonomegalia cervical de pequena monta, diarreia e mal-estar) e configuram a Síndrome Retroviral Aguda (SRA), que pode acontecer nos primeiros meses da infecção. Do ponto de vista fisiopatológico, a fase aguda da infecção pelo HIV caracteriza-se pela rápida replicação do vírus nas células infectadas (alta carga viral) e consequente queda no número de linfócitos T CD4+. No entanto, a SRA é autolimitada devido à ativação de linfócitos T CD8+ (citotóxicos) específicos para o HIV e a maioria dos sintomas desaparece em três a quatro semanas. Com essa estabilização, a infecção entra em fase de latência clínica com duração inversamente proporcional à carga viral total ao final da fase aguda e, na maioria das vezes, a quantidade de linfócitos T CD4+/mm³ de sangue decresce de forma sutil e contínua (Brasil, 2018a; Brasil, 2018b; Brasil, 2010; Murray et al., 2022; Levinson et al., 2021; Trigo & Costa, 2016).

A concentração de linfócitos T CD4+ é importante para avaliação clínica e determinante na progressão da infecção. Habitualmente, pessoas não infectadas possuem concentração de linfócitos T CD4+ entre 500 e 1500 células/mm³ de sangue. Na maioria dos casos, a contagem de linfócitos T-CD4+ de pessoas diagnosticadas com aids/sida não passa de 200 células/mm³ (Brasil, 2018a; Mendicino, 2018).

Em função disso, pode ocorrer o surgimento de infecções oportunistas e/ou neoplasias que marcam o estado de imunocomprometimento exacerbado. Isso acontece, em média, de 8 a 10 anos após o início da infecção. O estado aids é altamente comprometedor à saúde e pode gerar internações hospitalares prolongadas, aumento da possibilidade de óbitos e gastos de recursos de saúde. Em diversos casos, o diagnóstico é tardio e ocorre no momento de internação, visto que os sintomas constitucionais são comuns a diversas outras enfermidades, o que torna o diagnóstico um desafio clínico e terapêutico (Brasil, 2018b).

A dificuldade com o diagnóstico precoce prejudica o tratamento e aumenta a proliferação viral. Em 2013, foi aprovado o Manual Técnico para o Diagnóstico da Infecção pelo HIV, que normatiza a testagem para o HIV em território nacional. Desde o início da epidemia do HIV, o diagnóstico sorológico da infecção é realizado com pelo menos dois testes diferentes, um inicial mais sensível, seguido de um segundo teste mais específico, reduzindo falso-negativos. Essa combinação de testes forma fluxogramas, que normalmente implicam a realização de testes em sequência, e por isso são denominados fluxogramas em série. A correta combinação desses testes implica em diagnósticos mais precisos (Brasil, 2018a).

Os primeiros casos da doença foram relatados em 1981, nos Estados Unidos, mas o vírus como agente causador da doença só foi identificado em 1983. Segundo dados epidemiológicos do HIV/aids no Brasil, do início de 2007 a junho de 2022, foram registrados 438.803 casos de infecção pelo HIV. Desse montante, 23,7% foram em jovens de 15 a 24

anos, o que mostra a importância de uma maior atenção a essa faixa etária. Entre 2019 e 2021, houve um declínio de 11,1% desses registros (Brasil, 2022).

Atualmente, a razão de notificações entre os sexos é de 28 homens para cada 10 mulheres. A análise da escolaridade dos novos casos em 2021 revela que a maioria significativa informou possuir pelo menos ensino médio completo. O contágio predominante em pessoas do sexo masculino é derivado da relação sexual entre homens que fazem sexo com homem (HSH) e, entre pessoas do sexo feminino, é derivado da relação heterossexual. A transmissão vertical representou apenas 2,2% das exposições em 2021 e, nesse ano, foram registrados 35.246 diagnósticos. Esse número vinha em declínio desde 2013, mas é possível que a pandemia de COVID-19 acentuou esse cenário de queda, diminuindo em 20,1% o número de registros de aids comparado com os valores de 2019 e 2020. Embora o número de casos registrados em 2021 tenha voltado a subir, as taxas ainda são menores que 2019, o que implica na continuação do decréscimo geral da curva de diagnóstico da aids (Brasil, 2022).

A terapia antirretroviral altamente potente (TARV, ou do inglês *Highly Active Antiretroviral Therapy* [HAART]) é hoje o tratamento padrão para pessoas que vivem com HIV/aids (PVHA). Essa terapia revolucionou o curso da doença por permitir a redução da taxa de replicação viral a níveis indetectáveis nos testes existentes, o que retarda o progresso da aids e proporciona melhorias no cuidado em saúde e na qualidade de vida. A TARV é recomendada para todas as PVHA e em qualquer estágio da infecção. O início precoce da TARV reduz a morbimortalidade, diminui a transmissão do vírus e aumenta a disponibilidade de opções terapêuticas com menos efeitos colaterais para PVHA (Brasil, 2018b).

A terapia inicial é realizada com a combinação de três antirretrovirais (ARV), sendo que o esquema preferencial geral para adultos é composto por lamivudina, tenofovir e dolutegravir. Com esse esquema terapêutico, 80% das PVHA apresentam carga viral abaixo de 50 cópias/mL após um ano de tratamento. No entanto, para que a TARV seja efetiva, é

necessária elevada adesão do paciente à terapia medicamentosa. Ainda não existe um consenso na literatura sobre o que seria uma adesão elevada, mas os principais autores propõem que seja ao menos 80% (Brasil, 2018) e acima de 95% seria considerada uma adesão estrita (Carvalho, 2017; Carvalho et al., 2019; Freitas et al., 2018; Souza et al., 2019; Zuge et al., 2017). Com essa frequência é esperado alcançar supressão e manutenção da carga viral a níveis suficientemente baixos ou indetectáveis. Vale destacar que uma PVHA que tenha adesão suficiente à TARV e apresente carga viral indetectável há pelo menos 6 meses ou baixa a níveis satisfatórios tem chances mínimas de transmitir o vírus (Brasil, 2018b).

A necessidade de adesão estrita ao tratamento configura grande desafio para a assistência integral em saúde, pois engloba a medicação e seus efeitos, as características biopsicossociais do paciente e da doença, o relacionamento entre os profissionais de saúde e usuários do serviço, as condições (logística) e acesso aos serviços de saúde. Apesar dos avanços tecnológicos na área, as políticas públicas de saúde não são suficientes para conter a disseminação do HIV/aids ou os estigmas relacionados à doença (Ghosn et al., 2018; Almeida et al., 2021; Freitas et al., 2020; Spaan et al., 2018; Lima, 2017).

Conviver com um diagnóstico envolto por preconceitos e estigmas pode implicar em sofrimento e afetar a qualidade de vida (QV) dessas pessoas. A Organização Mundial da Saúde (OMS) define QV como "a percepção que um indivíduo tem de seu lugar na existência, no contexto da cultura e do sistema de valores em que vive em relação às suas expectativas, normas e preocupações" (World Health Organization [WHO], p. 29, 1994). Trata-se de um conceito dinâmico e multidimensional que resulta das contínuas interações entre o indivíduo e o ambiente, da percepção de satisfação geral e do estado de saúde e da avaliação dos domínios da vida individual (físico, material, social, emocional, ambiental, econômico e político) (WHO, 1994; Ruidiaz-Gómez & Cacante-Caballero, 2021).

A infecção pelo HIV e o sofrimento psicológico apresentam complexa relação. Dentre os prejuízos emocionais em PVHA destacam-se o desenvolvimento de estados depressivos, ansiosos e o abuso de substâncias psicoativas. Lidar com a discriminação social e familiar tende a afetar as relações intra e interpessoal e impactar a revelação diagnóstica, reforçar comportamentos de isolamento e agressividade, cercear a aceitação e convívio com a doença, limitar a inserção no mercado de trabalho e comprometer a adesão à terapia medicamentosa. Além disso, sentimentos de medo, culpa e solidão são constantemente relatados por PVHA e influenciam a autoestima, a expectativa de futuro e a percepção de autoeficácia desses indivíduos (Arruda & Coutinho, 2021; Patrício et al., 2019; Youssuf Alves, 2023).

A percepção de autoeficácia consiste na crença da própria capacidade de alcançar metas e superar desafios. Esta crença influencia diretamente as estratégias de enfrentamento adotadas pelo indivíduo e afeta o comportamento adaptativo. O enfrentamento engloba os esforços cognitivos e comportamentais para lidar com exigências internas e/ou externas percebidas como dano ou ameaça. As respostas ao estresse incluem o enfrentamento focado no problema, que visa resolver ou controlar o estressor, e o centrado na emoção, que busca regular a resposta emocional associada ao evento estressante. Os organismos que apresentam comportamentos adaptativos têm uma maior probabilidade de prosperar em seus ambientes, assegurar recursos e transmitir seus genes às próximas gerações. Na espécie humana, este comportamento é mediado pela cultura, envolve interações sociais complexas e implica em respostas adequadas às contingências, como adesão ao tratamento de doenças crônicas (Dias & Pais-Ribeiro, 2019; Bomfim, 2019; Cabral, 2021; Nierotka & Ferretti, 2023; Correia et al, 2023; Bandura, 1994).

Outro fator que influencia o curso do tratamento e da doença é o suporte social. As relações sociais representam recursos importantes no cuidado e atenção integral à saúde e tem função de proteção e prevenção no agravamento de doenças, acelera processos de

recuperação e aumenta comportamentos de adesão aos tratamentos propostos. Quando adequadas em sua extensão (quantidade) e qualidade de relações podem fundamentar e facilitar o enfrentamento e ajustamento às novas condições de saúde (Cobb, 1976; Guedes et al., 2017).

Nesse sentido, caracterizar e analisar as especificidades das pessoas que vivem com HIV/aids e apresentam comportamentos adaptativos frente ao tratamento pode contribuir para o aprimoramento do cuidado multiprofissional. A possibilidade de instrumentalizar as comunidades científica e geral sobre a funcionalidade, sobrevivência e qualidade de vida das PVHA pode reduzir os custos para o Sistema de Saúde e melhorar a qualidade de vida das PVHA (Jesus et al., 2017; Junior et al., 2021; Lenzi et al., 2018; Seidl, & Remor, 2020).

Portanto, o presente estudo objetiva caracterizar as PVHA que apresentam comportamentos adaptativos frente ao tratamento, assim como correlacionar as variáveis de controle desses comportamentos, a fim de garantir, promover e operacionalizar cuidados em saúde ampliados e integrados entre seus setores e atores.

METODOLOGIA

Participantes

Foram convidados a participar do estudo pacientes com idade igual ou maior a 18 anos, de ambos os sexos, que vivem com HIV/aids e em tratamento antirretroviral, com acompanhamento no Ambulatório de Infectologia do Hospital de Base de São José do Rio Preto.

Utilizou-se uma amostragem não probabilística: amostra por conveniência.

Critérios de Inclusão: foram incluídos no estudo pacientes que apresentaram, há mais de 12 meses, carga viral indetectável e $CD4 \geq 500$ células/mm³.

Critérios de Exclusão: foram excluídos do estudo pacientes com transtorno mental grave e persistente e que apresentaram comprometimento cognitivo que os impossibilitou de responder às escalas.

Materiais

Para a coleta de dados foram utilizados:

- **Questionário sociodemográfico:** instrumento elaborado pelos pesquisadores para caracterizar os aspectos sociodemográficos e psicológicos dos participantes (Apêndice II).
- **Entrevista semiestruturada:** elaborada pelos pesquisadores para avaliar estratégias adequadas de enfrentamento utilizadas pelos participantes (Apêndice III).
- **WHOQOL-bref:** instrumento com 26 questões que avalia a percepção de qualidade de vida e satisfação do indivíduo com sua funcionalidade, relações, ambiente e bem-estar psicológico. Cada pergunta segue o padrão da escala *Likert* (de 1 a 5 pontos) para as respostas. A análise das respostas é realizada por domínio e por faceta, sendo que quanto maior for a pontuação melhor é considerada a qualidade de vida (Fleck et al., 2000) (Anexo 1).
- **Escala Modos de Enfrentamento de Problemas (EMEP):** escala composta por 45 itens que abordam quatro modos de enfrentamento de problemas - enfrentamento focalizado no problema, na emoção, na busca de prática religiosa/pensamento fantasioso e na busca de suporte social (Seidl et al., 2001) (Anexo 2).
- **Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH):** instrumento de autorrelato com 20 perguntas que avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo: 17; valor máximo: 89). Quanto maior a pontuação, maior o grau de adesão ao

tratamento, que será classificada como: adesão baixa/insuficiente (escore bruto ≤ 74 ; percentil ≤ 49), adesão boa/adequada (escore bruto entre 75 e 79; percentil 50-85) ou estrita (escore bruto ≥ 80 ; percentil ≥ 85). O instrumento foi traduzido e validado para a população brasileira e apresenta bons níveis de confiabilidade (Remor et al., 2007) (Anexo 3).

- **Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids:** o instrumento brasileiro tem dois fatores: Fator 1, suporte social emocional (12 itens), que avalia percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação ao diagnóstico de HIV/aids; Fator 2, suporte social instrumental (10 itens), que verifica percepção e satisfação quanto à disponibilidade de apoio no manejo ou resolução de questões operacionais do tratamento ou do cuidado de saúde, de atividades práticas do cotidiano, de ajuda material e/ou financeira. As respostas são dadas em uma escala *Likert* de cinco pontos para os itens relativos à percepção de disponibilidade e à satisfação com o apoio social. Quanto maior o escore, mais alta a percepção de disponibilidade e maior a satisfação com o suporte social recebido (Seidl & Tróccoli, 2006) (Anexo 4).
- **Escala de Expectativa de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral:** escala de 21 itens que avalia autoeficácia para seguir tratamento antirretroviral em situações difíceis, com questões a serem respondidas em uma escala *Likert* que varia de 0 (não vou tomar mesmo) a 4 (com certeza vou tomar). Valores mais altos indicam melhor expectativa de autoeficácia para adesão à TARV (Leite et al., 2002) (Anexo 5).
- **Escala Transversal de Sintomas (ETS):** a versão para adultos da escala consiste em 23 perguntas que avaliam 13 domínios psiquiátricos, incluindo depressão, raiva, mania, ansiedade, sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, distúrbio do sono, memória, pensamentos e comportamentos repetitivos, dissociação, funcionamento da personalidade e uso de substância. Cada item investiga em uma escala de 5 pontos o quanto (ou com que

frequência) o indivíduo tem sido perturbado pelo sintoma específico durante as duas últimas semanas. Desse modo, um escore leve (i.e., 2) ou maior em algum item dentro de um domínio, exceto para uso de substância, ideação suicida e psicose, pode servir como um guia para investigação adicional e acompanhamento para determinar se é necessária uma avaliação mais detalhada. Para uso de substância, ideação suicida e psicose, um escore muito leve (i.e., 1) ou maior em algum item dentro do domínio pode servir como um guia para investigação adicional (American Psychological Association, 2014) (Anexo 6).

Procedimento

O projeto foi aprovado pelo CEP e os pacientes foram convidados a participar apenas após a aprovação do comitê. Para a coleta de dados foi consultado o censo diário do Ambulatório de Infectologia para identificar os pacientes agendados. Em seguida, o prontuário médico eletrônico foi consultado para qualificação dos pacientes quanto aos critérios de inclusão e exclusão do estudo. Aqueles que atenderam aos critérios foram informados sobre a pesquisa e convidados a participar. Os que concordaram receberam informações detalhadas sobre o caráter voluntário, sigiloso e anônimo de sua participação, bem como sobre o direito de desligar-se da pesquisa a qualquer momento. Os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I) e após isso foram avaliados individualmente pelos pesquisadores.

ANÁLISE DE DADOS

A análise exploratória dos dados incluiu as estatísticas descritivas, média, desvio-padrão, percentis, valor mínimo e valor máximo para variáveis numéricas e número e proporção para variáveis categóricas. Para análise do comportamento das variáveis contínuas,

considerou-se as estatísticas descritivas e o teste específico para o pressuposto teórico de normalidade Shapiro-Wilk (Conover, 1999).

A análise de correlação de Spearman foi realizada para verificar a correlação entre as escalas, e demonstrada pelo coeficiente de correlação de Spearman e seu respectivo intervalo de confiança de 95%, além do valor p (Cohen, 1988; Bonett & Wright, 2000; Bishara & Hittner, 2017).

A comparação dos escores das escalas com variáveis independentes com 2 categorias foi realizada pelo teste Mann-Whitney. Nesse caso, o tamanho de efeito utilizado foi o r ponto bisserial; ele é uma medida de tamanho do efeito usada para expressar a força da associação entre uma variável dicotômica e uma variável contínua. Semelhantes aos valores de outras correlações, seus valores variam de -1 a 1, com valores mais próximos de 1 indicando uma associação mais forte. De acordo com Cohen, seus pontos de corte são: pequeno: $r = 0,10$ a $0,29$; médio: $r = 0,30$ a $0,49$; grande: $r = 0,50$ e acima (Cohen, 1988).

Por outro lado, comparações dos escores das escalas com variáveis independentes com 3 categorias foi realizada pelo teste de Kruskal-Wallis (Conover, 1999; Siegel & Castellan, 2006); em caso de rejeição da hipótese nula, realizou-se análise de comparações múltiplas (Dwass-Steel-Critchlow-Fligner); esse é um método não paramétrico usado em comparações múltiplas de amostras independentes. Trata-se de uma técnica robusta para comparações emparelhadas que não assume uma distribuição específica para seus dados, especialmente útil quando os pressupostos de normalidade não são acatados (Hollander & Wolfe, 1999). O tamanho de efeito utilizado foi o ϵ^2 , o qual representa a proporção da variação total que é explicada por um fator específico. Seus valores podem variar de 0 a 1, onde 0 indica que o fator não explica nenhuma variação e 1 indica que explica toda a variação; os pontos de corte para o ϵ^2 podem ser interpretados da seguinte forma: a partir de 0,04 efeito pequeno, 0,25 efeito médio e, por fim, 0,64 grande (Ferguson, 2009).

Para análise da fidedignidade das escalas utilizadas no estudo, coeficientes que utilizem as cargas fatoriais dos itens não foram utilizados, devido ao tamanho da amostra. Utilizou-se o alfa de Cronbach (Cronbach, 1951) como métrica para avaliar a fidedignidade dos instrumentos utilizados; valores superiores a 0,7 são geralmente considerados aceitáveis (Cronbach, 1951; Streiner, 2003).

Além da análise quantitativa foi realizada a análise de conteúdo (qualitativa) das respostas abertas. A análise de conteúdo é uma abordagem sistemática e rigorosa amplamente utilizada em pesquisa qualitativa para examinar e compreender o conteúdo de dados textuais, como entrevistas, textos escritos, vídeos ou qualquer outra forma de comunicação verbal ou visual. Essa técnica envolve a codificação e categorização cuidadosa do material de estudo, com o objetivo de identificar padrões, temas, tendências e insights significativos (Bardin, 1977).

ASPECTOS ÉTICOS

O projeto de pesquisa (CAAE 59166622.0.0000.5415) foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto (CEP/FAMERP), parecer nº 5.461.965.

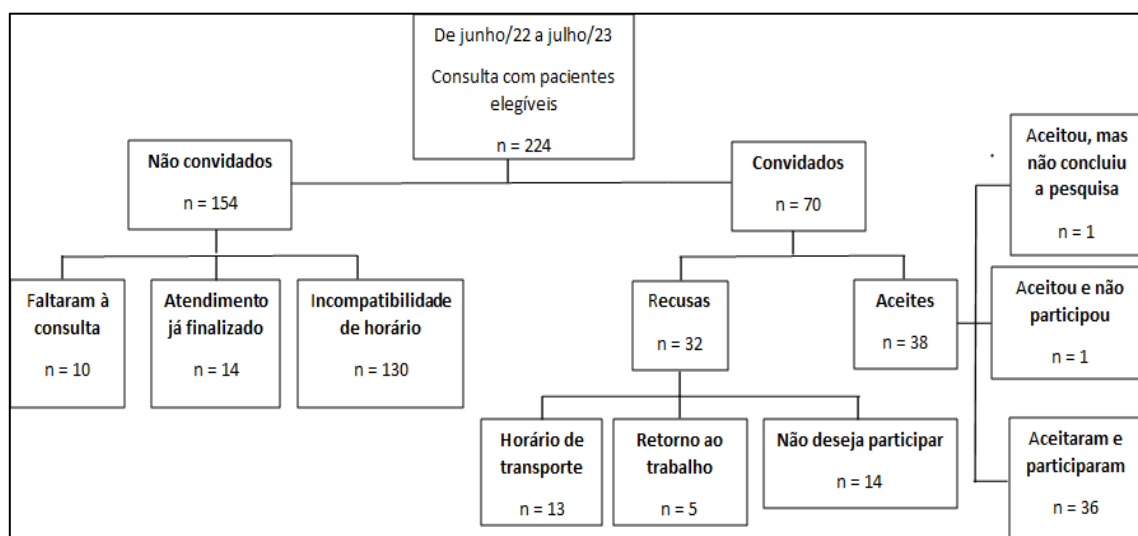
Todos os participantes assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (Apêndice I).

RESULTADOS E DISCUSSÃO

A coleta de dados foi realizada de junho de 2022 a julho de 2023. Nesse período, 224 pacientes foram considerados elegíveis para a pesquisa. Destes, 36 aceitaram e foram avaliados conforme fluxograma apresentado na Figura 1.

Figura 1

Fluxograma dos participantes



A Tabela 1 apresenta a análise descritiva dos dados sociodemográficos da amostra.

Tabela 1

Análise descritiva dos dados sociodemográficos da amostra (N = 36).

Variáveis	N (%)	Variáveis	N (%)
Idade, anos	52,0 ± 13,7	Estado civil	
Sexo		Solteiro(a)	15 (41,7)
Feminino	11 (30,6)	Viúvo(a)/Separado(a)	10 (27,8)
Masculino	25 (69,4)	Casado(a)/União estável	11 (30,6)
Escolaridade		Filhos	
EF Incompleto/Completo	13 (36,1)	Sim	14 (38,9)
EM Incompleto/Completo	16 (44,5)	Não	22 (61,1)
ES Incompleto/Completo	7 (19,5)	Renda familiar	
Situação ocupacional		≤ 1 salário mínimo	11 (31,5)
Empregado	20 (55,6)	2 a 4 salários mínimos	14 (40)
Desempregado	5 (13,9)	> 4 salários mínimos	10 (28,6)
Aposentado	11 (30,6)	Tempo de diagnóstico, anos	16,8 ± 8,9

Variáveis contínuas estão descritas em média ± desvio-padrão; variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Dos 36 participantes, predominaram pessoas do sexo masculino (69,4%) e solteiros (41,7%). Esses dados são condizentes com as pesquisas sobre o perfil epidemiológico das PVHA e os relacionam, respectivamente, à baixa propensão em buscar cuidados em saúde e a maior exposição à comportamento sexual de risco (Brasil, 2023; Guterres et al., 2023; Silva et al., 2017; Trindade et al, 2019; Nascimento et al., 2023; Goulart et al., 2021; Ferreira et al., 2023; Costa et al., 2023). A escolaridade dos participantes concentrou-se entre ensino médio incompleto/completo (44,5%) e ensino fundamental incompleto/completo (36,1%). Estudos nacionais apresentaram nível escolar semelhante a amostra e associaram a baixa instrução à vulnerabilidade ao HIV, e maior escolaridade ao melhor acesso as informações sobre saúde sexual (Guterres et al., 2023; Silva et al., 2017; Trindade et al, 2019; Nascimento et al., 2023; Goulart et al., 2021; Ferreira et al., 2023; Costa et al., 2023). No entanto, tais achados diferem parcialmente do Boletim Epidemiológico, em que a maior parte das PVHA cursou ensino médio completo (35,9%) e superior incompleto ou completo (22,7%) (Brasil, 2023).

A média de idade da amostra foi 52 anos ($\pm 13,7$) e o tempo médio de diagnóstico foi 16,8 anos ($\pm 8,9$). A literatura especializada também apresentou faixa etária aumentada, com idade entre 40 e 59 anos, e maior tempo de diagnóstico e os correlacionou positivamente à comportamentos adaptativos em saúde (Foresto et al., 2017; Pinto & Figueirêdo, 2018; Galvão, 2019; Silva, 2018). Melhores taxas de adesão foram ainda associadas à boa percepção de suporte social e à estabilidade financeira. Entretanto, a pauperização da infecção pelo HIV reflete a realidade econômica da maioria das PVHA (Ferreira et al., 2023; Foresto et al., 2017; Pinto & Figueirêdo, 2018; Santos et al., 2020; Silva, 2018; Galvão, 2019; Silva, 2018; Brasil 2023). Do mesmo modo, evidenciou-se baixo nível socioeconômico no presente estudo, com renda familiar concentrada entre 2 e 4 salários mínimos (40%) e até 1 salário mínimo (31,5%) e presença de vínculo empregatício em 55,6% da amostra.

Outros aspectos psicossociais dos participantes estão disponíveis na Tabela 2.

Tabela 2

Análise descritiva dos índices de acompanhamento psicológico/psiquiátrico e suporte social.

Variáveis	N (%)		
	Não	Sim	
Acompanhamento psicológico atual, n (%)	34 (94,4)	2 (5,6%)	
Acompanhamento psiquiátrico atual, n (%)	33 (91,7)	3 (8,3)	
Histórico de acompanhamento psicológico, n (%)	26 (72,2)	10 (27,8)	
Histórico de acompanhamento psiquiátrico, n (%)	26 (72,2)	10 (27,8)	
Suporte social, n (%)	Sem suporte	Duas ou mais fontes	
	4 (11,1)	12 (33,3)	20 (55,6)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

De acordo com os resultados, a maioria dos participantes não fazia ou nunca fez acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico e apresentou pelo menos uma fonte de suporte social. Esses dados justificam-se pela ausência de sintomas psiquiátricos graves (Tabela 3), boa adesão ao tratamento antirretroviral (Tabela 4) e adequada percepção de suporte social na amostra (Tabela 5), que podem estar relacionadas a comportamentos adaptativos em saúde e recursos estratégicos adequados para o cuidado integral às PVHA (Dias et al., 2020; Gomes, 2023; Domingues et al., 2018; Seidl & Tróccoli, 2006).

Tabela 3

Análise descritiva dos dados relativos à Escala Transversal de Sintomas

Variáveis	N (%)	
	Não	Sim
Depressão	29 (80,6)	7 (19,4)
Raiva	30 (83,3)	6 (16,7)
Mania	29 (80,6)	7 (19,4)
Ansiedade	21 (58,3)	15 (41,7)
Sintomas somáticos	35 (97,2)	1 (2,8)
Ideação suicida	34 (94,4)	2 (5,6)

Psicose	34 (94,4)	2 (5,6)
Sono	29 (80,6)	7 (19,4)
Memória	31 (86,1)	5 (13,9)
Pensamentos comp. repetitivos	34 (94,4)	2 (5,6)
Dissociação	34 (94,4)	2 (5,6)
Personalidade	33 (91,7)	3 (8,3)
Uso de substâncias	15 (41,7)	21 (58,3)

Variáveis categóricas estão descritas em número (porcentagem).

Conforme a Tabela 3, a concentração de participantes com necessidade de investigação adicional foi maior para a ansiedade e o uso de substâncias psicoativas, em especial o álcool. Estudos com as PVHA apontam a prevalência do transtorno de ansiedade nessa população (61,6%) (Silva et al., 2021) e do consumo de bebida alcoólica tanto em pacientes que não iniciaram o tratamento quanto naqueles com tempo maior de diagnóstico e de uso da TARV (Mesquita et al., 2020). Sintomas de ansiedade e consumo de álcool também foram relacionados com a falha de adesão à medicação (Wykowski et al., 2019; Mesquita et al., 2020). Conviver com uma doença crônica estigmatizante pode favorecer a presença de transtornos mentais e de estratégias de enfrentamento não adaptativas. Um exemplo seria o consumo de álcool, que foi relacionado com a diminuição da meia vida da TARV (Mesquita et al., 2020). Todavia, a presente amostra não apresentou sintomas psiquiátricos graves e utilizou-se, predominantemente, da estratégia de enfrentamento focada no problema (N = 18; 50%) para lidar com as adversidades; variáveis essas que contribuem para o comportamento de adesão (Camargo, 2017; Freitas et al., 2020).

A Tabela 4 mostra a análise descritiva das classificações estrita, boa/adequada e baixa/insuficiente para a adesão ao tratamento antirretroviral.

Tabela 4

Estatística descritiva do CEAT-VIH

CEAT-VIH	Classificações	N (%)
	Adesão baixa/insuficiente	4 (11,1)

Adesão boa/adequada	16 (44,4)
Adesão estrita	16 (44,4)

CEAT-VIH: Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral; DP, desvio-padrão.

A maioria dos participantes apresentou adesão boa/adequada ou estrita ao tratamento e todos (N = 36; 100%) tinham marcadores biológicos (carga viral indetectável e CD4 \geq 500 células/mm³) de excelente controle viral e resposta imunológica. Esses resultados são condizentes com a literatura que associa a efetividade da TARV a elevada adesão do paciente à terapia medicamentosa (Brasil, 2018; Carvalho, 2017; Carvalho et al., 2019; Freitas et al., 2018; Souza et al., 2019; Zuge et al., 2017). No entanto, o comportamento de adesão configura um processo ativo e multidimensional e não se restringe à tomada de medicação (OMS, 2003).

A Tabela 5 exibe a análise descritiva das classificações, não satisfatório e satisfatório, para os fatores emocional e instrumental do suporte social.

Tabela 5

Análise descritiva das classificações da Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids

Suporte Social	N (%)
Emocional, n (%)	
Não satisfatório	5 (13,9)
Satisfatório	31 (86,1)
Instrumental, n (%)	
Não satisfatório	12 (33,3)
Satisfatório	24 (66,7)

A maioria dos participantes apresentou boa percepção de suporte social e a satisfação com o apoio emocional percebido obteve porcentagem superior ao fator instrumental. Estudiosos da área destacaram que a satisfação com o suporte instrumental é menor nas

PVHA que moram sozinhas e/ou são solteiras, pois a proximidade espacial facilita o apoio em tarefas domésticas e operacionais do tratamento (Oliveira, 2019; Lenzi et al., 2018). Além disso, trata-se de uma doença crônica e, em sua maioria, não incapacitante para atividades básicas e instrumentais de vida diária (Oliveira, 2019). Características essas também encontradas na presente amostra (Tabelas 1 e 6, respectivamente).

A relevância das relações interpessoais e a confiança estabelecida permitem que as PVHA se sintam estimadas e cuidadas, apesar do estigma e preconceito que envolvem o HIV/aids. A literatura especializada ainda ressalta a relação entre apoio social, bem-estar psicológico, qualidade de vida e a adesão à terapia antirretroviral (Seidl & Tróccoli, 2006; Lenzi et al., 2018; Oliveira et al., 2020; Santos et al., 2018).

A análise descritiva das classificações para os domínios físico, psicológico, social, ambiente e qualidade de vida geral da escala WHOQOL-bref está disponível na Tabela 6.

Tabela 6

Análise descritiva dos domínios da escala WHOQOL-bref

Variáveis	Necessita melhorar	Regular	Boa	Muito boa
	N (%)	N (%)	N (%)	N (%)
Físico	2 (5.6)	19 (52.8)	14 (38.9)	1 (2.8)
Psicológico	4 (11.1)	9 (25)	22 (61.1)	1 (2.8)
Social	4 (11.1)	15 (41.7)	14 (38.9)	3 (8.3)
Ambiente	2 (5.6)	13 (36.1)	21 (58.3)	0 (0)
QV Geral	0 (0)	7 (19.4)	25 (69.4)	4 (11.1)

WHOQOL-bref: The World Health Organization Quality of Life-bref; QV: qualidade de vida

A maioria dos participantes apresentou boa percepção de qualidade vida geral e demonstrou satisfação regular a boa com os domínios Físico, Psicológico, Social e Ambiente. Pesquisas nacionais e internacionais relacionaram a adesão à TARV ao aumento da sobrevivência das PVHA e à melhor qualidade de vida percebida. A sensação de vitalidade e a possibilidade

de manter e/ou reconstruir objetivos pessoais, interpessoais e profissionais influenciam positivamente o bem-estar físico e emocional das PVHA, a adaptação à doença e o enfrentamento de estigmas (Neto et al., 2019; Soares et al., 2019; Costa et al., 2019; Brito & Seidl, 2022; Melo et al., 2022; Santos et al., 2019). Fatores esses também observados na presente amostra.

A Tabela 7 mostra as correlações entre as variáveis idade e tempo de diagnóstico com os escores dos quatro fatores da escala EMEP.

Tabela 7

Análise de correlação entre EMEP, idade e tempo de diagnóstico

	Idade				Tempo de diagnóstico			
	ρ	LI	LS	Valor p	ρ	LI	LS	Valor p
EMEP (Problema)	-0,207	-0,504	0,134	0,226	-0,350	-0,615	-0,014	0,036
EMEP (Emoção)	-0,409	-0,658	-0,079	0,013	-0,126	-0,437	0,213	0,465
EMEP (Fantasioso)	-0,290	-0,570	0,050	0,086	-0,343	-0,610	-0,006	0,041
EMEP (Suporte social)	-0,112	-0,426	0,225	0,514	0,009	-0,321	0,336	0,961

ρ : rho de Spearman; LI: limite inferior de ρ (95%); LS: limite superior de ρ (95%)
EMEP: Escala Modos de Enfrentamento de Problemas

Houve correlação negativa de moderada intensidade da idade com o fator Emoção. Esse resultado sugere que os participantes mais velhos também apresentaram menores escores do fator Emoção, e vice-versa. Estudos nacionais e internacionais também apontam que as PVHA mais velhas tendem a não fugir de agentes estressores ou pautarem-se na negação do problema. Somado a isso, mostram-se mais resilientes e com menor prevalência de problemas psicológicos que as mais jovens (Ribeiro et al., 2017; McGowan et al., 2017; Seidl & Remor, 2020). Observou-se ainda correlação negativa de moderada intensidade do tempo de diagnóstico com os fatores Problema e Fantasioso. Isso indica que os participantes

com maior tempo de diagnóstico também apresentaram menores escores nos fatores Problema e Fantasiado, e vice-versa. Resultados similares destacam que os recém diagnosticados e/ou com menor tempo de doença encontram no enfrentamento ativo do problema e na religiosidade estratégias adaptativas para responder aos desafios iniciais do diagnóstico. Além disso, o foco no problema está sujeito à atenuação devido ao tempo de diagnóstico elevado somado à estabilidade clínica da PVHA (Brandão et al., 2020; Araújo et al., 2019; Santos & Murta, 2019).

No entanto, a análise de correlação entre EMEP e CEAT-VIH não foi significativa.

A correlação entre EMEP e a Escala de Suporte Social demonstrou apenas significância entre as variáveis Suporte Social (EMEP) e o fator emocional (p 0,581). Isso indica que os participantes com enfrentamento pautado no suporte social também apresentaram melhor percepção e maior satisfação com a escuta, estima e apoio emocional em relação ao HIV/aids, e vice-versa. A literatura especializada também apontou o suporte social como importante fator protetor à saúde das PVHA. Apesar do estigma associado ao HIV/aids e da rede de suporte diminuída, a qualidade das relações interpessoais: fundamenta o sentimento de pertencimento e confiança, favorece o compartilhamento do diagnóstico e afeta positivamente os comportamentos de saúde das PVHA (Beltrão et al., 2020; Lavezzo et al., 2019).

Já o cruzamento dos dados da EMEP com a Escala de Expectativa de Autoeficácia encontrou correlação positiva de moderada intensidade entre as variáveis Problema (p 0,345), Fantasiado (p 0,423) e Suporte Social (p 0,358) da EMEP e a Situação A (Autoeficácia). Os resultados sugerem que os participantes com enfrentamento pautado no problema, na religiosidade e na busca por suporte social também apresentaram melhor expectativa de autoeficácia em situações que exigem maior atenção, organização e planejamento na tomada da medicação antirretroviral, e vice-versa. Da mesma forma, especialistas da área definem a

religiosidade, a adesão ao tratamento e o apoio social como protetores à saúde das PVHA e potencializadores da qualidade de vida e da adaptação ao HIV/aids (Brandão et al., 2020; Soares et al., 2019; Brito & Seidl, 2022).

Por sua vez, a análise de correlação entre o WHOQOL-bref e a EMEP mostrou significância positiva de moderada intensidade entre as variáveis Problema (EMEP) e Domínio Psicológico (WHOQOL) (ρ 0,452), e Suporte social (EMEP) e Domínio Social (WHOQOL) (ρ 0,402). Esses dados sinalizam que os participantes com enfrentamento focado no problema e na busca por suporte social também apresentaram boa percepção de qualidade de vida, respectivamente, nos Domínios Psicológico e Social, e vice-versa. Estudos nacionais também apontaram as estratégias supracitadas enquanto preditores de qualidade de vida e bem-estar físico, psicológico e social nas PVHA (Catunda et al., 2016; Silva, 2018; Ramos et al., 2019; Santos & Herênio, 2022).

Ademais, houve correlação negativa de moderada intensidade entre Emoção (EMEP) e os Domínios Psicológico (ρ -0,464), Ambiente (ρ -0,411) e Qualidade de vida geral (ρ -0,465) (WHOQOL). Isso significa que os participantes com enfrentamento centrado na emoção também apresentaram baixa percepção de qualidade de vida nos Domínios Psicológico, Ambiente e Geral, e vice-versa. Resultados semelhantes destacaram os impactos negativos dessa estratégia na percepção de qualidade de vida geral, satisfação com a saúde e adesão ao tratamento das PVHA (Silva, 2018; Ramos et al., 2019; Santos & Herênio, 2022).

Quanto à saúde mental da amostra, as análises comparativas entre a ETS e os demais instrumentos foram realizadas apenas para 8 dos 13 sintomas psiquiátricos devido à pequena quantidade de casos em sintomas somáticos, ideação suicida, psicose, pensamentos compulsivos repetitivos e dissociação.

A análise comparativa entre a ETS e a EMEP constatou que os participantes com sintomas depressivos ($p = 0,024$), ansiosos ($p = 0,048$) e raiva ($p = 0,009$) apresentaram

enfrentamento centrado na emoção. Já aqueles sem sintomas ansiosos pontuaram menores valores nos fatores Problema ($p = 0,040$) e Social ($p = 0,023$). Estudiosos da área também referem que, embora eficaz se manejado adequadamente, o uso da esquiva, negação, passividade e isolamento estão associados ao sofrimento emocional, principalmente a depressão. Além disso, estabelecem que o menor engajamento na situação estressante e na busca por suporte social também afetam a adaptação psicológica ao HIV/aids e aumentam a suscetibilidade a quadros psicopatológicos (Silva et al., 2018, Remor, 1999; Seidl & Remor, 2020; Seidl et al., 2001; Lenhardtk & Calvetti, 2017; Calvetti et al., 2016). Essa informação, no entanto, difere dos resultados obtidos na presente pesquisa e pode justificar-se pela estabilidade clínica da amostra e seus comportamentos adaptativos em saúde.

As demais análises comparativas entre a ETS e o WHOQOL-bref, CEAT-VIH, Escala de Autoeficácia e de Suporte Social identificaram que a ausência de sintomas clinicamente significativos na amostra, em especial de Depressão e Ansiedade, associava-se respectivamente: a melhor percepção de qualidade de vida geral e satisfação com a saúde, adequada adesão ao tratamento antirretroviral, boa expectativa de autoeficácia em situações que tendem a diminuir a preocupação com a doença ou a confiança no tratamento, e maior percepção e satisfação quanto à disponibilidade de atenção, estima e apoio emocional em relação ao HIV/aids. A literatura especializada também reconhece a saúde mental como importante preditor de qualidade de vida, expectativa de autoeficácia e adesão ao tratamento antirretroviral nas PVHA (Lédo, 2019; Figueiredo, 2020; Mendonça, 2018; Rocha, 2018; Ramos Junior, 2020).

A ausência de sintomas clinicamente significativos e o ajustamento psicológico ao HIV/aids relacionam-se a disponibilidade e satisfação com o apoio social e são o cenário desejável para a manutenção da qualidade de vida nas PVHA. Apesar do estigma associado, sentir-se saudável, satisfeito consigo mesmo e capaz de lidar com as exigências da doença

aumentam a expectativa de autoeficácia do indivíduo e a confiança na TARV. Por outro lado, a descrença no tratamento, a baixa expectativa de autoeficácia em seguir a prescrição e a menor percepção de suporte social incrementam as chances de descontinuidade do atendimento clínico e aparecimento de infecções oportunistas (Lédo, 2019; Figueiredo, 2020; Mendonça, 2018; Rocha, 2018; Ramos Junior, 2020).

A Tabela 8 demonstra a análise de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e o Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH).

Tabela 8

Análise de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e CEAT-VIH.

Variáveis		r_s	LI	LS	r_s^2	p
WHOQOL (Domínio Físico)	-CEAT-VIH (Bruto)	0,34	0,01	0,60	0,11	0,05
WHOQOL (Domínio Psicológico)	-CEAT-VIH (Bruto)	0,33	0,00	0,59	0,11	0,05
WHOQOL (Domínio Social)	-CEAT-VIH (Bruto)	0,30	-0,03	0,57	0,09	0,07
WHOQOL (Domínio Ambiente)	-CEAT-VIH (Bruto)	0,72	0,51	0,85	0,52	<0,01
WHOQOL (QV geral)	-CEAT-VIH (Bruto)	0,07	-0,26	0,39	0,01	0,68
WHOQOL (Média geral)	-CEAT-VIH (Bruto)	0,47	0,16	0,69	0,22	<0,01

r_s = coeficiente de correlação de Spearman; LI, limite inferior do IC 95%; LS, limite superior do IC 95%; r_s^2 = tamanho de efeito.

WHOQOL-bref: The World Health Organization Quality of Life-bref

CEAT-VIH: Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral.

Os participantes que aderem consistentemente à TARV apresentaram melhor percepção de qualidade de vida nos Domínios Físico, Psicológico, Ambiente e Média Geral, e vice-versa. Pesquisas indicam que baixos índices de adesão à TARV estão associados a piores resultados nos domínios físico e psicológico (Silva, Oliveira & Masiero, 2019; Primeira et al., 2020). Em contrapartida, aqueles que mantêm uma boa adesão apresentam melhores pontuações nestes domínios e na qualidade de vida geral. O domínio ambiente demonstrou ter um impacto significativo na adesão, especialmente em áreas como segurança

financeira, cuidados de saúde e disponibilidade de informações (Silva, Oliveira & Masiero, 2019; Primeira et al., 2020, Dutra et al., 2023, Ferreira et al., 2018).

A Tabela 9 destaca a análise de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e os fatores avaliados pela Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids.

Tabela 9

Análise de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e a Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids.

Variáveis	r_s	LI	LS	r_s^2	p
WHOQOL (Domínio Físico) - Fator Emocional	0,33	0,00	0,60	0,11	0,05
WHOQOL (Domínio Social) - Fator Instrumental	0,57	0,30	0,76	0,32	< 0,01
WHOQOL (Domínio Social) - Fator Emocional	0,50	0,20	0,71	0,25	< 0,01
WHOQOL (QV geral) - Fator Emocional	0,34	0,01	0,60	0,11	0,04
WHOQOL (Média geral) - Fator Instrumental	0,36	0,03	0,61	0,13	0,03
WHOQOL (Média geral) - Fator Emocional	0,47	0,16	0,69	0,22	< 0,01

r_s = coeficiente de correlação de Spearman; LI, limite inferior do IC 95%; LS, limite superior do IC 95%; r_s^2 = tamanho de efeito.

WHOQOL-bref: The World Health Organization Quality of Life-bref

Participantes satisfeitos com sua rede de apoio social e suporte ofertado apresentaram também melhor percepção de qualidade de vida nos Domínios Físico, Social, QV Geral e Média geral, e vice-versa. Estudos apontam que a qualidade de vida nas PVHA está intimamente ligada à percepção de suporte social. Uma rede de suporte consistente, além de fornecer apoio emocional e instrumental, também melhora a adesão ao tratamento, ajuda a atenuar os efeitos negativos da doença e promove qualidade de vida (Neves et al., 2018; Lenzi et al., 2018; Jesus et al., 2017).

Por sua vez, as análises de correlação entre os domínios do WHOQOL-bref e a Escala de Expectativa de Autoeficácia, e entre o CEAT-VIH e os fatores da Escala de Suporte Social não demonstraram resultados estatisticamente significativos.

A Tabela 10 apresenta a análise de correlação entre o CEAT-VIH e a Escala de Expectativa de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral.

Tabela 10

Análise de correlação entre CEAT-VIH e Escala de Expectativa de Autoeficácia.

Variáveis		r_s	LI	LS	r_s^2	p
CEAT-VIH	- Expectativa de autoeficácia (Bruto)	0.52	0.22	0.72	0.27	<0.001
CEAT-VIH	- Situação A	0.51	0.21	0.72	0.26	<0.001
CEAT-VIH	- Situação B	0.27	-0.06	0.55	0.07	0.11
CEAT-VIH	- Situação C	0.34	0.02	0.60	0.12	0.04

r_s = coeficiente de correlação de Spearman; LI, limite inferior do IC 95%; LS, limite superior do IC 95%; r_s^2 = tamanho de efeito.

CEAT-VIH: Questionário para avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral.

Os participantes com boa adesão à TARV apresentaram também melhor expectativa de autoeficácia em seguir a prescrição diante da necessidade de planejamento na tomada da medicação (Situação A) e de experiências e afetos negativos no processo medicamentoso e no viver com HIV/aids (Situação C), e vice-versa. Resultados semelhantes sugerem que, apesar da discriminação social, as PVHA ativamente engajadas no tratamento e que não vivenciam condições oportunistas sentem-se estimuladas em manter o excelente controle viral e lidar com os desafios psicossociais da infecção pelo HIV (Ramos Júnior et al., 2021; Cabral et al., 2021).

A Figura 2 mostra a categorização e exemplos de respostas abertas da pergunta “Como o(a) senhor(a) lida com as dificuldades relacionadas ao tratamento da doença?”.

Figura 2

Categorização das respostas abertas da pergunta 1

<p>Pergunta 1 – Como o(a) senhor(a) lida com as dificuldades relacionadas ao tratamento da doença?</p>

Categorias	Participantes	Exemplos de respostas
Sem dificuldade com o tratamento	P1, P4, P5, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P12, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P24, P25, P26, P29, P30, P32, P33, P34, P35 e P36.	<p>“Não tenho nenhuma dificuldade!”. (Participante 5)</p> <p>“Desde que comecei o tratamento, isso em 2007, vivo bem e sem preocupação... Não percebo ou tenho nenhuma dificuldade com o tratamento!”. (Participante 14)</p>
Tem dificuldade, mas tem estratégias de enfrentamento	P2, P3, P6, P7, P11, P13, P15 e P28.	<p>“Em silêncio! Busco me preservar, porque moro em cidade pequena e ainda existe muito preconceito! Evito falar sobre o diagnóstico!”. (Participante 15)</p> <p>“Procuro esquecer que eu tenho [<i>a doença</i>]!”. (Participante 28)</p>
Tem dificuldades logísticas com o tratamento	P9 e P31	<p>“Às vezes tenho dificuldade com os horários e o transporte para atendimento médico. Para resolver isso mudo minha rotina e meus horários, mas nem sempre é fácil”. (Participante 21)</p> <p>“Com o tratamento/a medicação em si não tenho dificuldade, mas moro longe do ambulatório, sempre tem fila para a coleta de sangue e a retirada do remédio na farmácia é mensal!”. (Participante 9)</p>

A categoria “Sem dificuldade com o tratamento” evidenciou a não identificação de entraves para seguir a prescrição médica e tomar a medicação. Já a categoria “Tem dificuldade, mas tem estratégias de enfrentamento” sugeriu a presença de dificuldades com o tratamento antirretroviral associados ao estigma e à necessidade de tratamento contínuo e discriminou as estratégias de enfrentamento utilizadas pelos participantes. E a categoria “Tem dificuldades logísticas com o tratamento” indicou impasses logísticos para sequenciar o tratamento (transporte, dispensa de remédios e rotina ambulatorial).

A Figura 3 mostra a categorização e exemplos de respostas abertas da pergunta “O que te ajuda/motiva a continuar com o tratamento?”.

Figura 3

Categorização das respostas abertas da pergunta 2

Pergunta 2 - O que te ajuda/motiva a continuar com o tratamento?		
Categorias	Participantes	Exemplos de respostas
Vitalidade, qualidade de vida e cuidado com a saúde	P1, P2, P3, P4, P6, P7, P8, P9, P13, P14, P15, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P25, P26, P27, P28, P29, P30, P31, P33, P34 e P36.	“O que me motiva a continuar com o tratamento é saber que tenho uma vida normal, uma saúde boa... Que posso viver tranquilo e sem medo!”. (Participante 13) “Tenho vontade de viver mais e quero cuidar da minha saúde”. (Participante 17)
Espiritualidade e suporte social	P3, P5, P10, P11, P12, P18, P19, P21, P23, P28, P32 e P35	“Minha fé! Eu sou espírita!...Se não fosse a minha fé, eu não estaria mais aqui!”. (Participante 11) “Minha família, os meus sonhos e minha fé em Deus... Ainda tenho muita coisa pra viver!”. (Participante 12)
Medo de adoecer e da morte	P5, P14, P20 e P26	“Se eu não tomar o remédio hoje, amanhã, mês que vem... Isso vai me fazer mal, pode levar a morte!”. (Participante 14) “Não ficar doente e cuidar da saúde!”. (Participante 26)
Perspectiva de cura	P24	“A vontade de ser curado... um sonho distante de que tudo vai melhorar!”. (Participante 24)

As categorias identificadas foram: “Vitalidade, qualidade de vida e cuidado com a saúde”; “Espiritualidade e suporte social”; “Medo de adoecer e da morte” e “Perspectiva de cura”.

A Figura 4 demonstra a categorização e exemplos de respostas abertas da pergunta “Qual dica o(a) senhor(a) daria para as pessoas que estão com dificuldades com o tratamento/medicação?”.

Figura 4

Categorização das respostas abertas da pergunta 3

Pergunta 3 – Qual dica o(a) senhor(a) daria para as pessoas que estão com

dificuldades com o tratamento/medicação?		
Categorias	Participantes	Exemplos de respostas
Persistência e autocuidado	P3, P4, P5, P6, P8, P9, P14, P16, P17, P18, P19, P20, P21, P22, P23, P25, P26, P28, P29, P30, P35 e P36	<p>“Persistir... Não desanimar!”; “Não deixar que os obstáculos da vida atrapalhem o tratamento!”. (Participante 8)</p> <p>“É importante gostar de si mesmo. É importante também dar valor à vida e ter garra para continuar vivendo”. (Participante 17)</p>
Buscar informação sobre a doença e o tratamento	P1 e P32	<p>“Buscar informação e apoio na família e amigos!”; “Diria que não é o fim do mundo e que maior mesmo é o preconceito!”. (Participante 1)</p> <p>“É importante informa-se sobre a doença e o tratamento. Esclarecer-se sobre isso ajuda a ter vontade de tomar as medicações”. (Participante 32)</p>
Suporte social, profissional e espiritual	P1, P2, P6, P9, P10, P12, P13, P15, P19, P23, P34 e P36	<p>“Eu diria para essas pessoas se apegarem mais a Deus e a família... É a base, né!”. (Participante 12)</p> <p>“Buscar ajuda de alguém para voltar a se gostar!”. (Participante 15)</p>
Adesão ao tratamento	P2, P4, P10, P11, P13, P14, P16, P18, P19, P20, P21, P25, P31 e P32	<p>“Conversar com o médico e procurar se adaptar ao tratamento!”. (Participante 2)</p> <p>“As pessoas têm que aderir ao tratamento porque é uma das únicas maneiras delas se sentirem bem perante o diagnóstico. A medicina ajuda a se sentir melhor” (Participante 31)</p>
Conviver com o diagnóstico e suas especificidades	P1, P2, P3, P6, P7, P8, P9, P10, P11, P18, P27, P33 e P34	<p>“O que eu diria para essas pessoas é que no começo é difícil... Eu aprendi a conviver com o diagnóstico, mas aceitar, eu não aceito!”; “Infelizmente, existe muito preconceito ainda, rejeição... Não contei pra todo o mundo e prefiro assim!”; “Eu sempre me cuidei, mas acabei confiando nessa pessoa!”; “Enfim, eu me cuido, continuo me cuidando ainda mais e também tenho cuidado com o meu próximo!”; “Comigo aconteceu e agora é correr atrás de ficar bem... E tomando o remédio: eu evito as infecções oportunistas, minha carga viral fica indetectável!”. (Participante 11)</p>

“O importante é não lembrar que a doença existe. Tem que tomar os remédios e esquecer do vírus. É importante seguir uma vida normal”.
(Participante 33)

As categorias identificadas foram: “Persistência e autocuidado”; “Buscar informação sobre a doença e o tratamento”; “Suporte social, profissional e espiritual”; “Adesão ao tratamento” e “Conviver com o diagnóstico e suas especificidades”.

A literatura especializada também compreende a adesão à TARV como um processo colaborativo e de corresponsabilidade no cuidado em saúde. Diante da eficácia medicamentosa, redução do número diário de comprimidos e dos efeitos adversos proporciona-se saúde, sobrevivência e qualidade de vida às PVHA. Além disso, a adaptação psicológica ao HIV/aids associada à satisfação com o suporte social disponível e a presença da religiosidade estimulam a adesão e manutenção do tratamento e fortalecem o enfrentamento das PVHA no convívio com uma doença crônica e estigmatizante (Santos & Correia, 2016; Coutinho, 2022; Jankovitz et al., 2020; Soares et al., 2019; Brito & Seidl, 2022; Brandão et al., 2020).

CONCLUSÃO

A predominância dos participantes foi sexo masculino, solteiros, sem filhos, com baixa escolaridade (até ensino médio) e renda familiar de 2 a 4 salários mínimos. A maioria apresentou adesão boa ou estrita ao tratamento e identificou duas ou mais fontes de suporte social. Encontrou-se uma boa expectativa de autoeficácia dos pacientes frente ao tratamento e o principal modo de enfrentamento na amostra foi o focado no problema.

Foram traçadas correlações entre as variáveis: idade, tempo de diagnóstico, estratégias de enfrentamento, qualidade de vida, saúde mental, suporte social, adesão ao tratamento antirretroviral e expectativa de autoeficácia. Destacam-se as correlações positivas entre:

Problema (EMEP) e Psicológico (WHOQOL), Suporte Social (EMEP) e Social (WHOQOL), Situação A (Autoeficácia) e Problema, Fantasiado e Suporte Social (EMEP), Suporte Social (EMEP) e Fator Emocional do Suporte Social, Adesão à TARV (CEAT-VIH) e Físico, Psicológico, Ambiente e Média geral (WHOQOL), Fator Emocional do Suporte Social e Físico, Social, QV geral e Média geral (WHOQOL), Fator Instrumental do Suporte Social e Social e Média geral (WHOQOL), Adesão à TARV (CEAT-VIH) e Bruto, Situação A e Situação C (Autoeficácia). E as negativas entre: Emoção (EMEP) e Psicológico, Ambiente e QV Geral (WHOQOL), Emoção (EMEP) e idade, Problema (EMEP) e tempo de diagnóstico, e Fantasiado (EMEP) e tempo de diagnóstico. Além de análises comparativas entre saúde mental e as demais variáveis.

A maioria dos participantes relatou uma não dificuldade relacionada ao tratamento medicamentoso e elencaram motivação relacionada à qualidade de vida, suporte social e espiritualidade. Dentre as principais dicas oferecidas pelos participantes, destaca-se a persistência no tratamento, a busca por informações adequadas e o suporte social.

Portanto, a adesão à TARV consiste em processo colaborativo e de corresponsabilidade no cuidado em saúde. Diante da eficácia medicamentosa, redução do número diário de comprimidos e dos efeitos adversos proporciona-se saúde, sobrevida e qualidade de vida às PVHA. Além disso, a adaptação psicológica ao HIV/aids associada à satisfação com o suporte social disponível e a presença da religiosidade estimulam a adesão e manutenção do tratamento, favorecem estilos de vida saudáveis e de gestão ativa da saúde e fortalecem o enfrentamento das PVHA no convívio com uma doença crônica e estigmatizante.

REFERÊNCIAS

- Almeida, D. B., Dantas, P. S., & Maia, L. F. S. (2021). Não adesão ao tratamento de HIV/AIDS. *Revista Científica de Enfermagem Recien*, 11(36), 483-489.
<https://www.recien.com.br/index.php/Recien/article/view/653/1256>
- American Psychiatric Association. (2014). *Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais: DSM-5*. Porto Alegre: Artmed.
- Antunes, L. C. S. (2020). *Transmissão do HIV: interação com as células das mucosas sexuais*. (Tese de Doutorado). Universidade de Lisboa, Lisboa, Portugal.
- Araújo, L. F. de, Leal, B. de S., Santos, J. V. de O., & Sampaio, A. V. C. (2019). Análise da resiliência entre pessoas que vivem com HIV/AIDS: um estudo psicossocial. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 35, e35416. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e35416>
- Arruda, A. C. da S., & Coutinho, D. J. G. (2021). Risco para depressão entre pacientes convivendo com HIV-AIDS. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 13(4).
<https://doi.org/10.25248/reas.e6908.2021>
- Bandura, A. (1994). A autoeficácia. In V. S. Ramachaudran (Ed.), *Enciclopédia do comportamento humano* (p. 71-81). Ed Academic Press.
- Beltrão, R. P. L., Da Silva, A. C. B., Nogueira, F. J. de S., & Mouta, A. A. N. (2020). Saúde e qualidade de vida das pessoas vivendo com HIV/aids: uma revisão narrativa dos

últimos 15 anos. *Revista Eletrônica Acervo Saúde*, 40, e2942.

<https://doi.org/10.25248/reas.e2942.2020>

Bardin, L. (1977). *Análise de conteúdo*. Edições 70.

Bishara, A. J., & Hittner, J. B. (2017). Confidence intervals for correlations when data are not normal. *Behav Res Methods*, 49(1), 294–309.

<https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/26822671/>

Bomfim, I. G. D. O. (2019). *Adesão à terapia antirretroviral, autoeficácia e qualidade de vida relacionada à saúde em pessoas vivendo com HIV/AIDS*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de São Carlos, São Carlos, SP

Bonett, D. G., & Wright, T. A. (2000). *Sample size requirements for estimating Pearson, Kendall and Spearman correlations*. *Psychometrika*.

Brandão, B. M. G. de M., Angelim, R. C. de M., Marques, S. C., Oliveira, R. C. de, & Abrão, F. M. da S. (2020). Living with HIV: coping strategies of seropositive older adults. *Revista Da Escola de Enfermagem Da USP*, 54, e03576.

<https://doi.org/10.1590/s1980-220x2018027603576>

Brasil. (2010). *Doenças infecciosas e parasitárias: guia de bolso* (8a ed.). Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância Epidemiológica.

https://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/doencas_infecciosas_parasitaria_gui_bolso.pdf

- Brasil. (2018a). *Manual técnico para o diagnóstico da infecção pelo HIV em adultos e crianças*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/publicacoes/2018/manual_tecnico_hiv_27_11_2018_web.pdf
- Brasil. (2018b). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/pcdts/2013/hiv-aids/pcdt_manejo_adulto_12_2018_web.pdf/view
- Brasil. (2023). *Boletim epidemiológico de HIV/AIDS 2023*. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. https://www.gov.br/aids/pt-br/central-de-conteudo/boletins-epidemiologicos/2022/hiv-aids/boletim_hiv_aids_-2022_internet_31-01-23.pdf/view
- Brito, H. L. de, & Seidl, E. M. F. (2022). Pessoas vivendo com HIV/Aids: estudo sobre coping religioso, resiliência e qualidade de vida. *Gerais*, 15(1), 1–26. <https://doi.org/10.36298/gerais202215e17446>
- Cabral, J. da R., Cabral, L. da R., Moraes, D. C. de A., Oliveira, E. C. da S., Freire, D. de A., Silva, F. P. da, & Oliveira, R. C. de (2022). Fatores associados à autoeficácia e à

- adesão da terapia antirretroviral em pessoas com HIV: teoria social cognitiva. *Ciência Cuidado e Saúde*, 20. <https://doi.org/10.4025/ciencuidsaude.v20i0.58781>
- Calvetti, P. Ü., Giovelli, G. R. M., Gauer, G. J. C., & Moraes, J. F. D. de. (2016). Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia Teoria e Pesquisa*, 32(4). <https://doi.org/10.1590/0102.3772e324317>
- Carvalho, P. P. (2017). *Adesão à terapia antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/AIDS*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Triângulo Mineiro, Uberaba, MG.
- Carvalho, P. P., Barroso, S. M., Coelho, H. C., & Penaforte, F. R. O. (2019). Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa da literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24, 2543-2555.
<https://www.scielo.br/j/csc/a/hwgHkxJgkv5TpcVPVTtsLxs/?lang=pt>
- 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(spe). <https://doi.org/10.1590/0102-3772e32ne218>
- Cobb, S. (1976). *Social support as a moderator of life stress*. Psychosomatic Medicine.
- Cohen, J. (1988). *Statistical Power Analysis for the Behavioral Sciences* (2nd ed.). Lawrence Erlbaum Associates.

Conover, W. J. (1999). *Practical nonparametric statistics* (3rd ed.). John Wiley & Sons.

Correia, D. J., Santos, F. A. A. S., Silva, A. R., de Sousa Silva, V. S., de Souza, P. Í. B., da Silva, J. R. A., ... & de Araújo, V. S. (2023). Capacidade de enfrentamento do paciente diagnosticado com HIV/AIDS. *Arquivos de Ciências da Saúde da UNIPAR*, 27(6), 2993-3012.

<https://ojs.revistasunipar.com.br/index.php/saude/article/view/10309>

Coutinho, A. K. G. (2022). Pacientes convivendo com HIV: dificuldades na continuidade de tratamento. *Revista Multidisciplinar em Saúde*, 3(3), 1-7.

<https://doi.org/10.51161/rem/3410>

Costa, E. Y. da S. da, Oliveira, T. J. F. de, Sousa, L. M. de, Ferreira, M. L. da S., Caldas, K. da P., Nascimento, R. de P. de C., Cardoso, V. H. P., & Oliveira, A. C do S de.

(2023). Análise do perfil clínico-epidemiológico dos pacientes que vivem com HIV/AIDS submetidos a intervenções fisioterapêuticas. *Brazilian Journal of Implantology and Health Sciences*, 5(5), 1350–1359. <https://doi.org/10.36557/2674-8169.2023v5n5p1350-1359>

Costa, M. M. R. da, Vilaça, D. H. V., Pereira, A. M. de C., Tavares, A. V. de S., Menezes, H. L. de, Queiroz, W. S., Maciel, R. F. M., Torquato, K. D. de S., Martins, A. G. S., Cavalcante, A. S., Costa, E. S., Rolim, N. R. F., Sarmiento, T. B., Brito, L. M. de, Moreira, E. N. S., Mascarenhas, T. C., Oliveira, I. R. E. de, Fraga, M. P., Fernandes, A. S., ... Siqueira, T. B. de. (2019). Qualidade de vida de indivíduos com HIV: revisão integrativa / Quality of living of individuals with HIV integration review. *Brazilian*

Journal of Health Review, 2(3), 1833–1842.

<https://ojs.brazilianjournals.com.br/ojs/index.php/BJHR/article/view/1490>

Cronbach, L. J. (1951). *Coefficient alpha and the internal structure of test*. *Psychometrika*.

Dias, E. N., & Pais-Ribeiro, J. L. (2019). O modelo de *coping* de Folkman e Lazarus:

aspectos históricos e conceituais. *Revista Psicologia e Saúde*, 11(2), 55-66.

<http://pepsic.bvsalud.org/pdf/rpsaude/v11n2/v11n2a05.pdf>

Dias, W. B., Lima, C. B. M., Rodrigues, F. R., Cardoso, M. E. de O., Silva, J. M. L. da,

Araújo, L. T., Monteiro, A. J. da C., Teixeira, L. M., Leite, V. L. M., Coutinho, E. S.,

Maciel, T. A. F., Araújo, J. A. C. de, Souza Martins, A. C. G., Júnior, A. F. C., &

Boulhosa, M. F. (2020). O perfil psicossocial de pessoas vivendo com HIV/AIDS em

uma unidade de acompanhamento em Belém-PA: relato de experiência. *Revista*

Eletrônica Acervo Saúde, 12(1), e1429. <https://doi.org/10.25248/reas.e1429.2020>

Domingues, J. P., De Oliveira, D. C., & Marques, S. C. (2018). Representações sociais da

qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Texto & Contexto-*

Enfermagem, 27(2), 2018. <https://doi.org/10.1590/0104-070720180001460017>

Dutra, L. M. P., Brum, J. O., da Silva, B., Coser, J., Fontana, R. T., & Moreira, P. R. (2023).

Qualidade de vida e adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV. *Brazilian*

Journal of Health Review, 6(3), 9023–9034. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-054>

- Ferguson, C. J. (2009). An effect size primer: a guide for clinicians and researchers. *Professional Psychology: Research and Practice*, 40(5), 532-538.
https://psychology.okstate.edu/faculty/jgrice/psyc5314/AnEffectSizePrimer_2009.pdf
- Ferreira, A. C., Teixeira, A. L., Silveira, M. F., & Carneiro, M. (2018). Quality of life predictors for people living with HIV/AIDS in an impoverished region of Brazil. *Revista Da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 51(6), 743–751.
<https://doi.org/10.1590/0037-8682-0442-2017>
- Ferreira, D. N., Silva, K. P., Costa, M. M., Pontes, A. P. M. (2023). Perfil clínico-epidemiológico de pessoas que vivem com HIV/AIDS em um município do Médio Paraíba. *Revista Saber Digital*, 16(3), e20231601.
 10.24859/SaberDigital.2023v16n3.1425
- Figueiredo, R. M. R. (2020). *Fatores psicológicos associados à qualidade de vida em pacientes com VIH/SIDA*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Porto, Porto, Portugal.
- Fleck, M. P. A., Louzada, S., Xavier, M., & Chamovich, E. (2000). Aplicação da versão em português do instrumento abreviado de avaliação da qualidade e vida “WHOQOL-bref”. *Revista de saúde pública*, 34 (2), 178-183.
<https://www.scielo.br/j/rsp/a/JVdm5QNjj4xHsRzMFbF7trN/?lang=pt#:~:text=INTRODU%C3%87%C3%83O%3A-,A%20necessidade%20de%20instrumentos%20de%20r%C3%A1pida%20aplica%C3>

%A7%C3%A3o%20determinou%20que%20o,rela%C3%A7%C3%B5es%20sociais%20e%20meio%20ambiente.

Foresto, J. S., Melo, E. S., Costa, C. R. B., Antonini, M., Gir, E., & Reis, R. K. (2017).

Adesão à terapêutica antirretroviral de pessoas vivendo com HIV/aids em um município do interior paulista. *Revista gaucha de enfermagem*, 38(1), e63158.

<https://doi.org/10.1590/1983-1447.2017.01.63158>

Freitas, G. M., Lavezzo, F., Domingos, N. A. M., Seidl, E. M. F., & Miyazaki, M. C. O. S.

(2020). Variáveis psicossociais e adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/Aids. *Revista Psicologia e Saúde*, 12(4), 191-206.

http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S2177-

093X2020000400015#:~:text=A%20terapia%20antirretroviral%2C%20tratamento%20padr%C3%A3o,em%20pacientes%20vivendo%20com%20HIV.

Freitas, J. P., Sousa, L. R. M., Cruz, M. C. M. A., Caldeira, N. M. V. P., & Gir, E. (2018).

Terapia com antirretrovirais: grau de adesão e a percepção dos indivíduos com HIV/Aids. *Acta Paul Enferm.*, 31(3), 327-33.

<https://www.scielo.br/j/ape/a/9g4jrsNtCfXVrbLgvWSszWC/abstract/?format=html&lang=pt&stop=next>

Galvão, N. (2019). *Adesão aos medicamentos antirretrovirais em pacientes HIV/AIDS na região dos Campos Gerais do estado do Paraná*. (Dissertação de Mestrado).

Universidade Estadual de Ponta Grossa, Ponta Grossa, PR.

- Ghosn, J., Taiwo, B., Seedat, S., Autran, B., & Katlama, C. (2018). HIV. *Lancet*, 392, 685-697. [https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736\(18\)31311-4.pdf](https://www.thelancet.com/pdfs/journals/lancet/PIIS0140-6736(18)31311-4.pdf)
- Goulart, M. S., Polidoro, T. S., Júnior V. M. V., Palermo, T. A. de C., Silva, A. T. M. F., Totti, M. E. F., & Santos, C. M. dos (2021). Perfil epidemiológico de pacientes com HIV/Aids no município de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro. *Revista de Saúde Coletiva da UEFS*, 11(2), e-7347. <https://doi.org/10.13102/rscdauefs.v11i2.7347>
- Gomes, M. L. (2023). A importância do acompanhamento psicológico em pacientes com vírus da imunodeficiência humana (HIV). *Revista de Casos e Consultoria*, 14(1). <https://periodicos.ufrn.br/casoseconsultoria/article/view/31008>
- Guedes, M. B. O. G., Lima, K. C., Caldas, C. P., & Veras, R. P. (2017). Apoio social e o cuidado integral à saúde do idoso. *Physis Revista de Saúde Coletiva.*, 27(4), 1185-1204. <https://www.scielo.br/j/physis/a/6Y9mMDxxqzzT8Lzww7tXW7N/abstract/?lang=pt>
- Guterres, A. da S., Araujo, A. M. de, Barbalho, G. K. K., Fernandes, J. F. L., Paiva, M. C. de, Souza, H. S. V., Rocha, J. P. dos S. da, Souza, R. G. de, & Vieira, C. R. S. F. (2023). Avaliação do estado nutricional, sociodemográfico e socioeconômico de pessoas que vivem com HIV/AIDS tratados num hospital de referência na região Norte do Brasil. *Research, Society and Development*, 12(1), e3012138408. <https://doi.org/10.33448/rsd-v12i1.38408>
- Hollander, M., & Wolfe, D. A. (1999). *Nonparametric Statistical Methods* (2nd ed.). Wiley.

- Jankovitz, C. T. C., Costa, J. dos S., Koifman, L., & Ventura, T. (2020). Adesão ao tratamento no cuidado de pessoas com HIV/AIDS: um estudo em hospital de ensino. *VITTALLE - Revista De Ciências Da Saúde*, 32(2), 27–35. <https://doi.org/10.14295/vittalle.v32i2.9702>
- Jesus, G. J. de, Oliveira, L. B. de, Caliari, J. de S., Queiroz, A. A. F. L., Gir, E., & Reis, R. K. (2017). Dificuldades do viver com HIV/Aids: entraves na qualidade de vida. *Acta Paulista de Enfermagem*, 30(3), 301–307. <https://doi.org/10.1590/1982-0194201700046>
- Junior, A. R., Machado, A. dos S., Primeira, M. R., Santos, W. M. dos, Langendorf, T. F., Paula, C. C. de, & Padoin, S. M. de M. (2021). Associação entre expectativa de autoeficácia e adesão ao tratamento antirretroviral em adultos com HIV. *Research, Society and Development*, 10(13), e494101321376. <https://doi.org/10.33448/rsd-v10i13.21376>
- Lavezzo, F., Freitas, G. M. de, Rodrigues, D. G., & Braz, M. M. (2019). Caracterização da rede de apoio psicossocial dos pacientes soropositivos. *Archives of Health Sciences*, 26(2), 94-98. <https://doi.org/10.17696/2318-3691.26.2.2019.1568>
- Lédo, A. P. de O. (2019). *Impacto da terapia antirretroviral na funcionalidade, qualidade de vida e incapacidades em pacientes com HIV*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal da Bahia, Salvador, BA.

- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T. & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de autoeficácia para adesão ao tratamento antirretroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15(1), 121-133.
<https://www.scielo.br/j/prc/a/YS5XTxrS8kWpqXJvXGRSVLD/?lang=pt>
- Lenhardtk, G., & Calvetti, P. Ü. (2017). Quando a ansiedade vira doença?: como tratar transtornos ansiosos sob a perspectiva cognitivo-comportamental. *Aletheia*, 50(1-2), 111-122. http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-03942017000100010
- 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.
<https://www.scielo.br/j/ptp/a/yprVXHZCm8SmvBQ8tQTPswn/?format=pdf&lang=pt>
- Levinson, W., Chin-Hong, P., Joyce, E. et al. (2021). *Microbiologia médica e imunologia: um manual clínico para doenças infecciosas*. Grupo A.
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9786558040156/>
- Lima, R. T. (2017). *Fatores associados ao abandono do seguimento e tratamento antirretroviral entre pacientes soropositivos para o vírus da imunodeficiência humana acompanhados no centro de referência DST/AIDS de Campinas-SP*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Estadual de Campinas, Campinas, SP.

- McGowan, J. A., Sherr, L., Rodger, A. J., Fisher, M., Miners, A., Anderson, J., Johnson, M. A., Elford, J., Collins, S., Hart, G., Phillips, A. N., Speakman, A., Lampe, F. C., & the Antiretrovirals, Sexual Transmission Risk and Attitudes (ASTRA) Study Group. (2017). Age, time living with diagnosed HIV infection, and self-rated health. *HIV Medicine*, 18(2), 89–103. <https://doi.org/10.1111/hiv.12398>
- Mendicino, C. C. P. (2020). *Recuperação imunológica e alterações metabólicas em pessoas vivendo com HIV após o início da terapia antirretroviral: resultados de estudos seccionais e coortes históricas*. (Tese de Doutorado). Universidade Federal de Minas Gerais, Belo Horizonte, MG. Repositório UFMG.
- Mendonça, H. S. L. de (2020). *Pessoas que vivem com HIV/aids no município de Niterói/RJ: avaliação da qualidade de vida*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal Fluminense, Niterói, RJ.
- Murray, P. R., Rosenthal, K. S., & Pfaller, M. A. (2022). *Microbiologia Médica*. Grupo GEN. <https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788595159662/>
- Nascimento, V. M. O. do, Medrada, A. C. R., Oliveira, A. R. de, Santos, C. M., & Leite, D. S. (2023). Perfil clínico-epidemiológico de pacientes com HIV/Aids no município de Marabá/PA (2017-2021). *Brazilian Journal of Health Research*, 25(2), 71–79. <https://doi.org/10.47456/rbps.v25i2.39136>
- Neto, C. M., Pires, E. M. C., Brito, C. de S., Beserra, O. L. M. G., Junior, J. F. S., Mota, J. V., & Caldas, R. T. J. (2019). Qualidade de vida no contexto de pacientes com

HIV/aids: um estudo comparativo. *Saúde e pesquisa*, 12(2), 333-341.

<https://doi.org/10.17765/2176-9206.2019v12n2p333-341>

Neves, L. A. de S., Castrighini, C. de C., Reis, R. K., Canini, S. R. M. da S., & Gir, E.

(2018). Apoyo social y calidad de vida de las personas con coinfección de tuberculosis/VIH. *Enfermería Global*, 17(2), 1–29.

<https://doi.org/10.6018/eglobal.17.2.276351>

Nierotka, R. P., & Ferretti, F. (2023). Estratégias de enfrentamento adotadas por pessoas

idosas com HIV. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, 25(1).

<https://www.scielo.br/j/rbagg/a/mdsBTFGfQd7L3x6vDdfvYKn/?lang=pt>

Oliveira, T. M. F. de (2019). *Influência do suporte social e capacidade funcional na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas com 50 anos ou mais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.

Oliveira, T. J. D. (2016). *AIDS – Situação atual no Brasil*. (Trabalho de Conclusão do Programa de Aprimoramento Profissional). Instituto Adolfo Lutz, Sorocaba, SP

Patrício, A. C. F. A., Silva, I. B. N., Ferreira, M. A. M., Rodrigues, B. F. L., Silva, R. F.,

Nascimento, J.A. et al. (2019). Depression, self-concept, future expectations and hope of people with HIV. *Rev Bras Enferm.*, 72(5), 1288-94. doi:

<http://dx.doi.org/10.1590/0034-7167-2018-0730>.

- Pinto, I. A. & Figueirêdo, A. A. F. de (2018). Fatores que influenciam na adesão e não-adesão ao tratamento antiretroviral por pessoas vivendo com HIV/AIDS: uma revisão da literatura científica produzida no Brasil entre 2010-2017. *Convención Internacional de Salud, Cuba Salud 2018*.
<http://www.convencionsalud2018.sld.cu/index.php/convencionsalud/2018/paper/view/2086/700>
- Pontes-Pereira, P. S., Antonini, M., Fedocci, E. M. M., Costa, C. R. B., Esquivel-Rubio, A. I., Botelho, E. P., Gir, E., & Reis, R. K. (2023). Prevalência de doenças crônicas não transmissíveis em pessoas vivendo com HIV. *Acta Paulista De Enfermagem*, 36.
<https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO01132>
- Primeira, M. R., Santos, W. M. dos, Paula, C. C. de, & Padoin, S. M. de M. (2020). Qualidade de vida, adesão e indicadores clínicos em pessoas vivendo com HIV. *Acta Paulista de Enfermagem*, 33, eAPE20190141. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2020ao0141>
- Rachid, M., & Schechter, M. (2017). *Manual de HIV/AIDS*. Thieme Brazil.
<https://integrada.minhabiblioteca.com.br/#/books/9788554651053/>
- Ramos Junior, A. (2020). *Expectativa de autoeficácia para seguir prescrição de antirretroviral em adultos vivendo com HIV*. (Dissertação de Mestrado). Universidade Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS

- Ramos, Y. T. de M., Cabral, J. da R., Bushatsky, M., Silva, R. A., Filho, J. C. da S., & Oliveira, R. C. de. (2019). Autoavaliação da qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV. *Ciência cuid. e saúde*, *18*(2), e47022. [10.4025/ciencucidsaude.v18i2.47022](https://doi.org/10.4025/ciencucidsaude.v18i2.47022)
- 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://www.scielo.br/j/rsp/a/TR9qD69DLwqTffRsYw8vVsq/abstract/?lang=pt>
- Remor, E. A. (1999). Abordagem psicológica da AIDS através do enfoque cognitivo-comportamental. *Psicologia*, *12*(1), 89–106. <https://doi.org/10.1590/s0102-79721999000100006>
- Ribeiro, M. dos S., Borges, M. da S., Araújo, T. C. C. F. de, & Souza, M. C. dos S. (2017). Coping strategies used by the elderly regarding aging and death: an integrative review. *Revista Brasileira de Geriatria e Gerontologia*, *20*(6), 869–877.
<https://doi.org/10.1590/1981-22562017020.170083>.
- Rocha, A. L. S. da (2018). *Saúde mental, suporte social e adesão ao regime terapêutico: que associações no contexto da infecção pelo VIH/SIDA?* (Dissertação de Mestrado). Escola Superior de Enfermagem do Porto., Porto, Portugal.
- Ruidiaz-Gómez, K. S., & Cacante-Caballero, J. V. (2021). Desenvolvimento histórico do conceito de qualidade de vida: uma revisão da literatura. *Rev. cienc. Cuidad.*, *18*(3), 86-99. <https://doi.org/10.22463/17949831.2539>

Santos, A. G. A., & Correia, G. N. (2016). Adesão ao tratamento de HIV/AIDS.

(Monografia). Universidade São Francisco, Bragança Paulista, SP.

Santos, A. P. dos, Braide, A. S. G., Silva, P. G. de B., Mendes, I. C., Viana, M. C. C., &

Caldas, J. M. P. (2019). Fatores associados à qualidade de vida de pessoas com

HIV/AIDS. *Cadernos ESP*, 13(1), 27–36.

<https://cadernos.esp.ce.gov.br/index.php/cadernos/article/view/166>

Santos, D. J. C. P. dos, & Hêrenio, A. C. B. (2022). Estratégias de enfrentamento e qualidade de vida em pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana (HIV). *The*

Brazilian Journal of Infectious Diseases, 26(61), 55-56, 101736.

<https://doi.org/10.1016/j.bjid.2021.101840>

Santos, K. B., & Murta, S. G. (2019). Peers as agents of dating violence prevention:

feasibility analysis of an intervention. *Temas Em Psicologia*, 27(3), 631–646.

<https://doi.org/10.9788/tp2019.3-03>

Santos, S. C., Melo, P. H., Salgueiro, C. D. B. L., Carvalho, V. P. da S., & Sá, A. K. L. de.

(2022). Qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência adquirida: estudo bibliométrico. *Enfermagem Brasil*, 21(1), 75–91.

<https://doi.org/10.33233/eb.v21i1.4876>

Seidl, E. M. F., & Remor, E. (2020). Adesão ao tratamento, resiliência e percepção de doença em pessoas com HIV. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 36.

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/LxcskdX5twtsL7QybKNGMHk/?lang=pt>

Seidl, E. M. F., & Tróccoli, B. T. (2006). Desenvolvimento de escala para avaliação do suporte social em HIV/aids. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 22(3), 317-326.

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/9vdbcmjdHxDp8cxZbGKRjKC/?lang=pt>

Seidl, E. M. F., Tróccoli, B. T., & Zannon, C. M. L. C. (2001). Análise fatorial de uma medida de estratégias de enfrentamento. *Psic.: Teor. e Pesq.*, 17(3).

<https://www.scielo.br/j/ptp/a/ZrVhwTxQm7kbtDMfFhbxwNM/abstract/?lang=pt>

Siegel, S., & Castellan Jr, N. J. (2006). *Estatística não paramétrica para ciências do comportamento* (2a ed.). Bookman.

Silva, A. M. A. da, Oliveira, M. C. de, & Masiero, A. V. (2019). Qualidade de vida e adesão aos antirretrovirais em população adulta do sul do Brasil. *Revista Interdisciplinar de Estudos em Saúde*, 8(2), 83–97. <https://doi.org/10.33362/ries.v8i2.1518>

Silva, C. A. C. (2018). *Hábitos alimentares e prática de exercício físico de pessoas vivendo com HIV/AIDS*. (Trabalho de Conclusão de Curso). Universidade Federal do Ceará, Fortaleza, CE.

Silva, C. M. da, Jorge, A. S., Dalbosco, K., Peder, L. D. de, Horvath, J. D., Teixeira, J. J. V., & Bertolini, D. A. (2017). Perfil epidemiológico dos pacientes com HIV em um

centro de referência no sul do Brasil. Características de dez anos. *Revista De Epidemiologia E Controle De Infecção*, 7(4), 227-233.

<https://doi.org/10.17058/reci.v7i4.9150>

Silva, C. P. (2018). *Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/AIDS em uma perspectiva temporal no Município do Rio de Janeiro*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

Silva, I. B. N., Ferreira M. A. M., Patrício A. C. F. A., Rodrigues B. F. L., Brasil M. H. F., & Nascimento, J. A. (2021). Depressão e ansiedade de pessoas vivendo com HIV. *Rev Contexto & Saúde*, 21(44), 322-331. <http://dx.doi.org/10.21527/2176-7114.2021.44.9528>

Silva, R. T. S., Silva, R. A. R. da, Rodrigues, I. D. C. V., Souza Neto, V. L. de, Silva, B. C. O. da, & Souza, F. M. de L. C. (2018). Coping strategies of people living with AIDS in face of the disease. *Revista latino-americana de enfermagem*, 26, e2985. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2284.2985>

Soares, M. N., Silva, C. C., Guimaraes, I. R. de B., & Correa, J. M. E. (2019). Fatores que influenciam a qualidade de vida de portadores do vírus HIV: uma revisão de literatura. *Brazilian Journal of Health Review*, 2(6), 5208–5216. <https://doi.org/10.34119/bjhrv2n6-025>.

Souza, H. C., Mota, M. R., Alves, A. R., Lima, F. D., Chaves, S. N., Dantas, R. A. E, ... Mota, A. P. V. S. (2019). Análise da adesão ao tratamento com antirretrovirais em

pacientes com HIV/AIDS. *Rev Bras Enferm*, 72(5), 1361-9.

<https://www.scielo.br/j/reben/a/JJWnF69NSTYd6z6DxdPRyft/?lang=pt#:~:text=A%20ades%C3%A3o%20ao%20tratamento%20antirretroviral,faces%20of%20a%20same%20experience%5D>.

Silva, V. X. P. da. (2018). *Qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids: estudo de representações sociais*. (Dissertação de Mestrado). Universidade do Estado do Rio de Janeiro, Rio de Janeiro, RJ.

Spaan, P., Luenen, S., Garnefski, N., & Kraaij, V. (2018). Psychosocial interventions enhance HIV medication adherence: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Health Psychology*. <https://journals-sagepub-com.ez58.periodicos.capes.gov.br/doi/pdf/10.1177/1359105318755545>

Streiner, D. L. (2003). Starting at the beginning: an introduction to coefficient alpha and internal consistency. *Journal of Personality Assessment*, 80(1), 99-103.
<https://f01.justanswer.com/REpp6JaJ/article.pdf>

Trigo, D., & da Costa, J. B. (2016). HIV infection: epidemiology, natural history and diagnosis. *Journal of the Portuguese Society of Dermatology and Venereology*, 74(4), 371-374. <https://doi.org/10.29021/spdv.74.4.676>

Trindade, F. F., Fernandes, G. T., Nascimento, R. H. F., Jabbur, I. F. G., & Cardoso, A. de S. (2019). Perfil epidemiológico e análise de tendência de HIV/AIDS. *Journal Health NPEPS*, 4(1), 153–165. <https://doi.org/10.30681/25261010>

Wykowski, J., Kemp, C. G., Velloza, J., Rao, D., & Drain, P. K. (2019). Associations between anxiety and adherence to antiretroviral medications in low- and middle-income countries: a systematic review and meta-analysis. *AIDS and behavior*, 23(8), 2059–2071. <https://doi.org/10.1007/s10461-018-02390-8>

World Health Organization. (1994). Quality of life assessment: an annotated bibliography. https://iris.who.int/bitstream/handle/10665/61629/WHO_MNH_PSF_94.1.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Youssuf Alves, I. G. (2023). *Convivendo com a soropositividade para HIV/Aids: um estudo da literatura*. (Monografia). Pontifícia Universidade Católica de Goiás. Goiânia, GO.

Zuge, S. S., Primeira, M. R., Remor, E., Magnago, T. S. B. S., Paula, C. C., & Padoin, S. M. M. (2017). Fatores associados à adesão ao tratamento antirretroviral em adultos infectados pelo HIV: estudo transversal. *Rev Enferm UFSM*, 7(4), 577-589. <https://periodicos.ufsm.br/reufsm/article/view/25657#:~:text=Estiveram%20associados%20%C3%A0%20n%C3%A3o%20ades%C3%A3o,a%20utiliza%C3%A7%C3%A3o%20de%20medica%C3%A7%C3%B5es%20psiqui%C3%A1tricas>.

ANEXO 1

WHOQOL – ABREVIADO (FLECK et al, 2000) - Versão em Português

INSTRUÇÕES
 Este questionário é sobre como você se sente a respeito de sua qualidade de vida, saúde e outras áreas de sua vida. Por favor responda a todas as questões. Se você não tem certeza sobre que resposta dar em uma questão, por favor, escolha entre as alternativas a que lhe parece mais apropriada. Esta, muitas vezes, poderá ser sua primeira escolha. Por favor, tenha em mente seus valores, aspirações, prazeres e preocupações. Nós estamos perguntando o que você acha de sua vida, tomando como referência as duas últimas semanas. Por exemplo, pensando nas últimas duas semanas, uma questão poderia ser:

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número que melhor corresponde ao quanto você recebe dos outros o apoio de que necessita nestas últimas duas semanas. Portanto, você deve circular o número 4 se você recebeu "muito" apoio como abaixo.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
Você recebe dos outros o apoio de que necessita?	1	2	3	4	5

Você deve circular o número 1 se você não recebeu "nada" de apoio.

Por favor, leia cada questão, veja o que você acha e circule no número e lhe parece a melhor resposta

	Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem boa	Boa	Muito boa
1 Como você avaliaria a sua qualidade de vida?	1	2	3	4	5

	Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
2 Quanto satisfeito(a) você está com sua saúde?	1	2	3	4	5

As questões seguintes são sobre o quanto você tem sentido algumas coisas nas últimas duas semanas

	Nada	Muito pouco	Mais ou menos	Bastante	Extremamente
3 Em que medida você acha que sua dor (física) impede você de fazer o que você precisa?	1	2	3	4	5
4 O quanto você precisa de algum tratamento médico para levar sua vida diária?	1	2	3	4	5
5 O quanto você aproveita a vida?	1	2	3	4	5
6 Em que medida você acha que a sua vida tem sentido?	1	2	3	4	5
7 O quanto você consegue se concentrar?	1	2	3	4	5
8 Quanto seguro(a) você se sente em sua vida diária?	1	2	3	4	5
9 Quanto saudável é o seu ambiente físico (clima, barulho, poluição, atrativos)?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão completamente** você tem sentido ou é capaz de fazer certas coisas nas últimas duas semanas.

	Nada	Muito pouco	Médio	Muito	Completamente
10 Você tem energia suficiente para seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
11 Você é capaz de aceitar sua aparência física?	1	2	3	4	5
12 Você tem dinheiro suficiente para satisfazer suas necessidades?	1	2	3	4	5
13 Quanto disponíveis para você estão as informações que precisa no seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
14 Em que medida você tem oportunidades de atividade de lazer?	1	2	3	4	5

As questões seguintes perguntam sobre **quão bem ou satisfeito** você se sentiu a respeito de vários aspectos de sua vida nas últimas duas semanas.

		Muito ruim	Ruim	Nem ruim Nem bom	Bom	Muito bom
15	Quão bem você é capaz de se locomover?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
16	Quão satisfeito(a) você está com o seu sono?	1	2	3	4	5
17	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade de desempenhar as atividades do seu dia-a-dia?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
18	Quão satisfeito(a) você está com sua capacidade para o trabalho?	1	2	3	4	5
19	Quão satisfeito(a) você está consigo mesmo?	1	2	3	4	5
20	Quão satisfeito(a) você está com suas relações pessoais (amigos, parentes, conhecidos, colegas)?	1	2	3	4	5
21	Quão satisfeito(a) você está com sua vida sexual?	1	2	3	4	5
22	Quão satisfeito(a) você está com o apoio que você recebe de seus amigos?	1	2	3	4	5
23	Quão satisfeito(a) você está com as condições do local onde mora?	1	2	3	4	5
		Muito insatisfeito	Insatisfeito	Nem satisfeito Nem insatisfeito	Satisfeito	Muito satisfeito
24	Quão satisfeito(a) você está com o seu acesso aos serviços de saúde?	1	2	3	4	5
25	Quão satisfeito(a) você está com o seu meio de transporte?	1	2	3	4	5

As questões seguintes referem-se a **com que frequência** você sentiu ou experimentou certas coisas nas últimas duas semanas.

		Nunca	Algumas vezes	Frequentemente	Muito frequentemente	Sempre
26	Com que frequência você tem sentimentos negativos tais como mau humor, desespero, ansiedade, depressão?	1	2	3	4	5

ANEXO 2

ESCALA MODOS DE ENFRENTAMENTO DE PROBLEMA (EMEP)					
1 = Eu nunca faço isso	4 = Eu faço isso muito				
2 = Eu faço isso um pouco	5 = Eu faço isso sempre				
3 = Eu faço isso às vezes					
1 – Eu levo em conta o lado positivo das coisas	1	2	3	4	5
2 – Eu me culpo	1	2	3	4	5
3 – Eu me concentro nas coisas boas da minha vida	1	2	3	4	5
4 – Eu tento guardar meus sentimentos para mim mesmo	1	2	3	4	5
5 – Procuro um culpado para a situação	1	2	3	4	5
6 – Espero que um milagre aconteça	1	2	3	4	5
7 – Peço conselho a um parente ou a um amigo que eu respeite	1	2	3	4	5
8- Eu rezo/oro	1	2	3	4	5
9 – Converso com alguém sobre como estou me sentindo	1	2	3	4	5
10- Eu insisto e luto pelo que eu quero	1	2	3	4	5
11- Eu me recuso a acreditar que isto esteja acontecendo	1	2	3	4	5
12- Eu brigo comigo mesmo; eu fico falando comigo mesmo o que devo fazer	1	2	3	4	5
13- Desconto em outras pessoas	1	2	3	4	5
14- Encontro diferentes soluções para o meu problema	1	2	3	4	5
15- Tento ser uma pessoa mais forte e otimista	1	2	3	4	5
16- Eu tento evitar que os meus sentimentos atrapalhem em outras coisas na minha vida	1	2	3	4	5
17- Eu me concentro em uma coisa boa que pode vir desta situação	1	2	3	4	5
18- E desejaria mudar o modo como eu me sinto	1	2	3	4	5
19- Aceito a simpatia e a compreensão de alguém	1	2	3	4	5
20 – Demonstro raiva para as pessoas que causaram o problema	1	2	3	4	5
21 – Pratico mais a religião desde que tenho este problema	1	2	3	4	5
22- Eu percebo que eu mesmo trouxe o problema para mim	1	2	3	4	5
23- Eu me sinto mal por não ter podido evitar o problema	1	2	3	4	5

24- Eu sei o que deve ser feito e estou aumentando meus esforços para ser bem sucedido	1	2	3	4	5
25- Eu acho que as pessoas foram injustas comigo	1	2	3	4	5
26- Eu sonho e imagino um tempo melhor do que aquele em que eu estou	1	2	3	4	5
27- Tento esquecer o problema todo	1	2	3	4	5
28- Estou mudando me tornando uma pessoa mais experiente	1	2	3	4	5
29- Eu culpo os outros	1	2	3	4	5
30- Eu fico me lembrando que as coisas poderiam ser piores	1	2	3	4	5
31- Converso com alguém que possa fazer alguma coisa para resolver o meu problema	1	2	3	4	5
32- Eu tento não agir tão precipitadamente ou seguir minha primeira ideia	1	2	3	4	5
33- Mudo alguma coisa para que as coisas acabem dando certo	1	2	3	4	5
34- Procuro me afastar das pessoas em geral	1	2	3	4	5
35- Eu imagino e tenho desejos sobre como as coisas poderiam acontecer	1	2	3	4	5
36- Encaro a situação por etapas, fazendo uma coisa de cada vez	1	2	3	4	5
37- Descubro quem mais é ou foi responsável	1	2	3	4	5
38- Penso em coisas fantásticas ou irreais (como uma vingança perfeita ou achar muito dinheiro) que me fazem sentir melhor	1	2	3	4	5
39- Eu saírei dessa experiência melhor do que entrei nela	1	2	3	4	5
40- Eu digo a mim mesmo o quanto já consegui	1	2	3	4	5
41- Eu desejaria poder mudar o que aconteceu comigo	1	2	3	4	5
42- Eu fiz um plano de ação para resolver o meu problema e o estou cumprindo	1	2	3	4	5
43- Converso com alguém para obter informações sobre a situação	1	2	3	4	5
44- Eu me apego à minha fé para superar esta situação	1	2	3	4	5
45- Eu tento não fechar portas atrás de mim, tento deixar em aberto várias saídas para o problema	1	2	3	4	5

ANEXO 3

Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antiretroviral (CEAT-VIH, Versão em português [Brasil])

Durante a última semana

1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?

Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Alguma vez	Nenhuma vez

5. Lembra-se que remédios está tomando nesse momento? _____ (escrever os nomes)

6. Como é a relação que mantém com o seu médico?

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa

7. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?
8. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?
9. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?
10. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?
11. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?

Não, nunca	Sim, alguma vez	Sim, aproximadamente a metade das vezes	Sim, muitas vezes	Sim, sempre

14. Como sente-se em geral com o tratamento desde que começou a tomar seus remédios?

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

15. Como avalia a intensidade dos efeitos colaterais relacionados com o uso dos medicamentos para o HIV?

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos

16. Quanto tempo acredita que perde ocupando-se em tomar seus remédios?

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

17. Que avaliação tem de si mesmo com relação a toma dos remédios para o HIV?

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?] _____

SIM	NÃO

20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? Qual? _____

ANEXO 4

Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/aids

1. Você tem recebido apoio de alguém em situações concretas, facilitando a realização do seu tratamento de saúde? (Exemplo: tomar conta dos filhos quando você tem consulta, cuidar da casa nos dias de consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

1.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

2. Você tem recebido apoio de alguém em questões financeiras, como divisão das despesas da casa, dinheiro dado ou emprestado?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

2.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

3. Você tem recebido apoio de alguém em atividades práticas do seu dia-a-dia?

(Exemplo: arrumação da casa, ajuda no cuidado dos filhos, preparo de refeições ou qualquer atividade doméstica cotidiana)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

3.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

4. Você tem recebido apoio de alguém em relação ao seu próprio cuidado de saúde?

(Exemplo: lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer um exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação)

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

4.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

5. Você tem recebido apoio de alguém com quem você pode contar em caso de necessidade?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

5.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- Com base nos tipos de apoio mencionados acima (questões 1 a 5), marque n a lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

- esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
 pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
 pessoa (s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
 amigo(s)
 chefe ou colega(s) de trabalho
 vizinho(s)
 profissionais de saúde
 outra pessoa. Quem? _____

6. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir valorizado(a) como pessoa?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

6.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

		insatisfeito(a)		
--	--	-----------------	--	--

7. Você tem recebido apoio de alguém com quem possa desabafar ou conversar sobre assuntos relacionados à sua enfermidade?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

7.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

8. Você tem recebido apoio de alguém que lhe fornece informações, melhorando o seu nível de conhecimento sobre o seu problema de saúde?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

8.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

9. Você tem recebido apoio de alguém que faz você se sentir integrado socialmente?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

9.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

10. Você tem recebido apoio de alguém que lhe ajuda a melhorar o seu humor, seu astral?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

10.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

11. Você tem recebido apoio de alguém quando precisa de companhia para se divertir ou fazer atividades de lazer?

1	2	3	4	5
nunca	raramente	às vezes	frequentemente	sempre

11.1 Quão satisfeito(a) você está em relação a esse apoio que tem recebido?

1	2	3	4	5
muito insatisfeito(a)	insatisfeito(a)	nem satisfeito(a) nem insatisfeito(a)	satisfeito(a)	muito satisfeito(a)

- Com base nos tipos de apoio mencionados nas perguntas 6 a 11, marque na lista abaixo com um X a(s) pessoa(s) que tem dado esse tipo de apoio a você.

- () esposo(a), companheiro(a) ou namorado(a)
- () pessoa(s) da família que mora(m) comigo. Quem? _____
- () pessoa(s) da família que não mora(m) comigo. Quem? _____
- () amigos
- () chefe ou colegas de trabalho
- () vizinhos
- () profissionais de saúde
- () outra pessoa. Quem? _____

- Você tem recebido algum outro tipo de apoio?

- Você gostaria de fazer algum comentário?

ANEXO 5

Escala de Expectativa de Autoeficácia para Seguir Prescrição Antirretroviral

Há pessoas que, em algumas situações, não conseguem tomar os remédios contra o vírus da AIDS como explica a receita. Diga apontando aqui (mostrar escala), qual a certeza de que, desde hoje até a próxima consulta, o Sr./Sra. conseguirá tomar os remédios da AIDS, como na receita, nas seguintes situações: Imagine que é o Sr./Sra. Quem está lendo... Vou conseguir tomar os remédios contra o vírus da AIDS como explica a receita...

	Não vou tomar mesmo	Acho que não vou tomar	Não sei	Acho que vou tomar	Com certeza vou tomar	Código
Se eu estiver bem de saúde.						AE1
Se o vírus no meu sangue for tão pouco que não aparece no exame de carga viral.						AE2
Se eu estiver aborrecido e me sentindo pra baixo.						AE3
Se eu for discriminado ou rejeitado.						AE4
Se eu estiver ocupado ou me divertindo.						AE5
Se eu estiver em viagem de passeio ou de trabalho.						AE6
Se eu estiver na rua.						AE7
Se eu estiver me sentindo doente.						AE8
Se eu estiver com alguém que eu não quero que saiba que sou portador do vírus da AIDS.						AE9
Se eu tiver de tomar muitos comprimidos.						AE10
Se eu estiver nervoso ou irritado.						AE11
Se mudar muito o médico que me atende.						AE12
Se eu tiver de tomar remédios várias vezes por dia.						AE13
Se eu estiver com pessoas estranhas.						AE14
Se o remédio for difícil de engolir.						AE15
Se for feriado ou final de semana.						AE16
Se eu tiver de mudar meu horário de comer ou de dormir.						AE17
Se o remédio tiver gosto ruim ou cheiro forte.						AE18
Se eu estiver fazendo coisas fora da minha rotina.						AE19
Se eu estiver com alguém que acha bobagem eu tomar esses remédios.						AE20
Se os remédios estiverem me causando efeito ruim.						AE21

ANEXO 6

Escala Transversal de Sintomas de Nível 1 Autoaplicável do DSM-5 – Adulto

Instruções: As questões abaixo perguntam sobre coisas que podem tê-lo perturbado. Para cada pergunta, circule o número que melhor descreve o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos problemas descritos a seguir durante as **DUAS (2) ÚLTIMAS SEMANAS**.

	Durante as últimas DUAS (2) SEMANAS , o quanto (ou com que frequência) você foi perturbado pelos seguintes problemas?	Nada De modo algum	Muito leve Raramente, menos de um ou dois dias	Leve Vários dias	Moderado Mais da metade dos dias	Grave Quase todos os dias	Maior Pontuação no Domínio (clínico)
I.	1. Pouco interesse ou prazer em fazer as coisas?	0	1	2	3	4	
	2. Sentiu-se desanimado, deprimido ou sem esperança?	0	1	2	3	4	
II.	3. Sentiu-se mais irritado, mal-humorado ou zangado do que o usual?	0	1	2	3	4	
III.	4. Dormiu menos do que o usual, mas ainda tem muita energia?	0	1	2	3	4	
	5. Iniciou muito mais projetos do que o usual ou fez coisas mais arriscadas do que o habitual?	0	1	2	3	4	
IV.	6. Sentiu-se nervoso, ansioso, assustado, preocupado ou tenso?	0	1	2	3	4	
	7. Sentiu pânico ou se sentiu amedrontado?	0	1	2	3	4	
	8. Evitou situações que o deixam ansioso?	0	1	2	3	4	
V.	9. Dores e sofrimentos sem explicação (p. ex., cabeça, costas, articulações, abdome, pernas)?	0	1	2	3	4	
	10. Sentimento de que suas doenças não estão sendo levadas suficientemente a sério?	0	1	2	3	4	
VI.	11. Pensamentos de ferir a si mesmo?	0	1	2	3	4	
VII.	12. Ouvia coisas que outras pessoas não ouviam, como vozes, mesmo quando não havia ninguém por perto?	0	1	2	3	4	
	13. Sentiu que alguém podia ouvir seus pensamentos ou que você podia ouvir o que outra pessoa estava pensando?	0	1	2	3	4	
VIII.	14. Problemas com o sono que afetaram a qualidade do seu sono em geral?	0	1	2	3	4	
IX.	15. Problemas com a memória (p. ex., aprender informações novas) ou com localização (p. ex., encontrar o caminho para casa)?	0	1	2	3	4	
X.	16. Pensamentos, impulsos ou imagens desagradáveis que entram repetidamente na sua cabeça?	0	1	2	3	4	
	17. Sentiu-se compelido a realizar certos comportamentos ou atos mentais repetidamente?	0	1	2	3	4	
XI.	18. Sentiu-se desligado ou distante de si mesmo, do seu corpo, do ambiente físico ao seu redor ou de suas lembranças?	0	1	2	3	4	
XII.	19. Sem saber quem você realmente é ou o que você quer da vida?	0	1	2	3	4	
	20. Não se sentiu próximo a outras pessoas ou desfrutou das suas relações com elas?	0	1	2	3	4	
XIII.	21. Bebeu no mínimo 4 drinques de qualquer tipo de bebida alcoólica em um único dia?	0	1	2	3	4	
	22. Fumou cigarros, charuto ou cachimbo ou usou rapé ou tabaco de mascar?	0	1	2	3	4	
	23. Usou algum dos seguintes medicamentos POR CONTA PRÓPRIA, isto é, sem prescrição médica, em quantidades maiores ou por mais tempo do que o prescrito (p. ex., analgésicos [como paracetamol, codeína], estimulantes [como metilfenidato ou anfetaminas], sedativos ou tranquilizantes [como comprimidos para dormir ou diazepam] ou drogas, como maconha, cocaína ou crack, drogas sintéticas [como ecstasy], alucinógenos [como LSD], heroína, inalantes ou solventes [como cola] ou metanfetamina [ou outros estimulantes])?	0	1	2	3	4	

APÊNDICE I

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

(Modelo em acordo com a Resolução nº 466/12 – Conselho Nacional de Saúde)

Título do estudo: Categorização de comportamentos adaptativos de pessoas que vivem com HIV/aids

Você está sendo convidado a participar desse estudo científico devido a sua condição clínica. Portanto, poderá contribuir para o conhecimento a respeito dos comportamentos adaptativos em saúde dessa população, com o título “**Categorização de comportamentos adaptativos de pessoas que vivem com HIV/aids**”.



Esse estudo será realizado para fornecer dados e talvez aperfeiçoar o tratamento de pessoas que convivem com mesmo diagnóstico.

DO QUE SE TRATA O ESTUDO?

O objetivo desse estudo é conhecer como as pessoas que convivem com HIV/aids e usam diariamente a medicação antirretroviral lidam com as dificuldades do tratamento e persistem nesse acompanhamento.

COMO SERÁ REALIZADO O ESTUDO?



Você será convidado pelo pesquisador responsável para participar da pesquisa. Sua participação será voluntária e sigilosa e, se desejar, tem o direito de desligar-se da pesquisa a qualquer momento, sem prejuízo algum. Caso concorde, você assinará o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Apêndice I). O estudo será realizado no Ambulatório de Infectologia enquanto aguarda consulta médica.

Suas respostas serão tratadas de forma anônima e confidencial, isto é, em nenhum momento será divulgado o seu nome em qualquer fase do estudo.

Quando for necessário utilizar os seus dados nesta pesquisa, sua privacidade será preservada, já que seus dados não serão divulgados.

Os dados coletados serão utilizados apenas NESTA pesquisa e os resultados divulgados em eventos ou revistas científicas apenas para fins de estudo.

ESSES PROCEDIMENTOS SÃO DESCONFORTÁVEIS OU GERAM RISCOS?

Os procedimentos poderão trazer os seguintes riscos: os participantes podem entrar em contato com questões emocionais difíceis durante a aplicação dos questionários. Caso isso aconteça, receberão o atendimento necessário da psicóloga da equipe. É possível que você não seja beneficiado diretamente ao participar deste estudo, porém sua participação irá contribuir para o aprimoramento do cuidado multiprofissional, em especial do profissional da Psicologia, às pessoas mais vulneráveis ao HIV/aids ou com quaisquer dificuldades de adaptação/aceitação/manejo frente ao tratamento.

O QUE ACONTECE COM QUEM NÃO PARTICIPA DO ESTUDO?



Não lhe acontecerá nada se você não quiser participar desse estudo.

Também será aceita a sua recusa em participar dessa pesquisa, assim como a sua desistência a qualquer momento, sem que lhe haja qualquer prejuízo de continuidade de qualquer tratamento nessa instituição, penalidade ou qualquer tipo de dano à sua pessoa. Será mantido total sigilo sobre a sua identidade e em qualquer momento você poderá desistir de que seus dados sejam utilizados nesta pesquisa.

Você não terá nenhum tipo de despesa por participar da pesquisa, durante todo o decorrer do estudo, porém quaisquer despesas que ocorram, tais como transporte e alimentação, serão custeadas pelo pesquisador responsável por este estudo. Você também não receberá pagamento por participar desta pesquisa. Você será acompanhado e terá assistência imediata, bem como o pesquisador se

responsabilizará pela assistência integral dos participantes da pesquisa no que se refere às complicações e danos decorrentes da pesquisa, sejam eles diretos ou indiretos.

CONTATO COM O PESQUISADOR E O CEP

Em caso de dúvidas ou problemas com a pesquisa, você poderá procurar o **pesquisador responsável** Esp.^(a) Fernanda Lavezzo pelo e-mail fe_lavezzo@hotmail.com ou ainda pelo telefone: (17) 3201-5842, no endereço: Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 – Laboratório de Psicologia no horário comercial. Para maiores esclarecimentos, o Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos da FAMERP (CEP/FAMERP) está disponível no telefone: (17) 3201-5813 ou pelo e-mail: cepfamerp@famerp.br, localizado na Avenida Brigadeiro Faria Lima, 5416 em São José do Rio Preto/SP no horário de funcionamento das 7:30 às 16:30 de segunda à sexta. O CEP (Comitê de Ética em Pesquisa em Seres Humanos) é um grupo formado por pessoas que trabalham ou não com pesquisa e que realizam a revisão ética inicial e contínua do estudo para manter sua segurança e proteger seus direitos.

Este documento foi feito em duas vias, ficando uma comigo e outra com o pesquisador deste estudo, tendo eu e o pesquisador colocado rubrica (assinatura) em todas as páginas deste Termo.

Declaro que entendi este TERMO DE CONSENTIMENTO e estou de acordo em participar do estudo proposto, sabendo que dele poderei desistir a qualquer momento, sem sofrer qualquer punição ou constrangimento.

APÊNDICE II**Questionário Sociodemográfico****Nome:****Data de nascimento:** ___/___/_____**Sexo:** () Feminino () Masculino**Telefone:****E-mail:****Escolaridade:** () EF incompleto () EF completo

() EM incompleto () EM completo

() ES incompleto () ES completo

Profissão: _____**Estado civil:** () solteiro(a) () casado(a) () viúvo(a) () separado () relação estável**Filhos?** () Sim () Não. Se sim, quantos? Qual a idade?_____
_____**Renda familiar:** () Menos que um salário () um salário mínimo

() 2 à 4 salários mínimos () Maior que 4 salários mínimos

Tempo de diagnóstico: _____

Acompanhamento psicológico ou psiquiátrico? () Sim () Não. Se sim, por qual motivo? Há quanto tempo?

Suporte Social: () Amigos () Familiares () Comunidade () Não recebe suporte

APÊNDICE III**Entrevista semiestruturada**

1 - Como o(a) senhor(a) lida com as dificuldades relacionadas ao tratamento da doença?

2 - O que te ajuda/motiva a continuar com o tratamento?

3 - Qual dica o(a) senhor(a) daria para as pessoas que estão com dificuldades com o tratamento/medicação?
