



PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL

FACULDADE DE PSICOLOGIA

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

DOUTORADO EM PSICOLOGIA

PRISLA ÜCKER CALVETTI

TESE DE DOUTORADO

FATORES BIOPSISSOCIAIS PREDITIVOS PARA A ADESÃO E QUALIDADE  
DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS BEM-SUCEDIDAS NO  
TRATAMENTO DE SAÚDE

Profº Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Porto Alegre

2010

PRISLA ÜCKER CALVETTI

FATORES BIOPSISSOCIAIS PREDITIVOS PARA A ADESÃO E QUALIDADE  
DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS BEM-SUCEDIDAS NO  
TRATAMENTO DE SAÚDE

Tese de Doutorado apresentada ao  
programa de Pós-graduação em Psicologia  
da Faculdade de Psicologia da PUCRS para  
obtenção do grau de Doutor em Psicologia

Orientador: Prof<sup>o</sup> Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Porto Alegre

2010

PONTIFÍCIA UNIVERSIDADE CATÓLICA DO RIO GRANDE DO SUL  
FACULDADE DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA  
DOUTORADO EM PSICOLOGIA

FATORES BIOPSISSOCIAIS PREDITIVOS PARA A ADEÇÃO E QUALIDADE  
DE VIDA EM PESSOAS QUE VIVEM COM HIV/AIDS BEM-SUCEDIDAS NO  
TRATAMENTO DE SAÚDE

Banca Examinadora

---

Profº Dr. Gabriel José Chittó Gauer

Programa de Pós-graduação em Psicologia

Orientador Presidente

---

Profa Dra. Margareth da Silva Oliveira

Programa de Pós-graduação em Psicologia – PUCRS

---

Profº Dr. Alfredo Cataldo Neto

Programa de Pós-graduação em Gerontologia –PUCRS

Programa de Pós-graduação em Direito – PUCRS

---

Profa. Dra. Silvia Pereira da Cruz Benetti

Programa de Pós-graduação em Psicologia - UNISINOS

Às minhas fontes de suporte social mais significativas...

Ao meu amor Gastão pelo amor incondicional e serenidade  
e ao nosso presente provindo deste período,  
ao filho Benício por  
proporcionar ainda mais sentido as nossas vidas.

Aos meus pais, Diva e Adão e irmão Patrick  
pelo incentivo aos meus sonhos,  
segurança e confiança transmitida para a realização deles  
e parceria em todos os momentos.

## AGRADECIMENTOS

Ao meu orientador, pelo incentivo a autonomia do desenvolvimento deste estudo e confiança depositada no meu potencial e na realização do trabalho desde o princípio.

A minha colega e amiga Grazielly Giovelli que tive a satisfação de conhecer e de estabelecer parceria para a realização desta tese de doutorado. Sou grata a companhia dela em todas as etapas deste estudo, tornando-o ainda mais prazeroso, além de mantermos constantemente a seriedade do trabalho.

Em especial, aos bolsistas de iniciação científica, Clarissa Trevisan da Rosa; Jamille Ovadia Moraes e Pedro Augusto Marini pelo apoio constante no desenvolvimento desta pesquisa, por mostrarem-se motivados no trabalho e com dedicação a cada participante e colega da equipe envolvida.

Ao professor estatístico João Feliz Moraes que contribuiu para a análise dos dados, e por sua motivação nas discussões integradoras entre resultados e o campo da pesquisa.

Ao professor Eduardo Remor pelo incentivo e troca de idéias na construção das pesquisas na área deste estudo.

Ao financiamento do CNPq Edital MCT/CNPq 03/2008 - Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas, processo número 400325/2008-0 e a obtenção de bolsa de Iniciação Científica pelo PIBIC/CNPq (129884/2009-0).

Ao financiamento do Centro de Estudos de AIDS/DST do Rio Grande do Sul (CEARGS)/Universidade da Califórnia em São Francisco, por meio do projeto “International Clinical, Outcomes and Health Services Research and Training Award from the John E. Fogarty International Center of the United States National Institutes of Health” (5D43TW005799).

À instituição apoiadora ATP - Empresa Associação dos Transportadores de Passageiros de Porto Alegre pela ajuda de custo por meio de vale-transporte fornecidos.

Ao SAPP – Serviço de Atendimento Psicológico e Pesquisa da PUCRS pela disponibilização de salas para coleta de dados com os participantes da pesquisa.

À doutora Cândida Neves representando o Ambulatório de Infectologia do HSL-PUCRS pelo apoio constante e o engajamento da sua equipe do serviço de saúde e ao acolhimento que esta proporcionou para a nossa equipe em coleta no campo.

Ao doutor Breno Riegel pelo apoio a este estudo e a sua equipe pelo acolhimento no Ambulatório de Infectologia do GHC.

Ao GAPA/RS por proporcionar mais um local para a coleta deste estudo e apoio a nossa equipe.

Aos amigos, Fernanda Carvalho e Lucas Neiva-Silva, Tiane Grazziotin e Camile Gross pela amizade incondicional e carinho recebido em todos os momentos. Além disso, por serem incentivadores da minha trajetória profissional.

À querida Jenny Moskovics pela sua presença e carinho em momentos significativos de realizações profissionais e pessoais.

À psicóloga Alba Recalde por estar comigo nos percursos mais significativos, inclusive neste momento.

Ao grupo de pesquisa pelo acolhimento e apoio recebido em todas as etapas deste estudo. Em especial, a Tárzia Davoglio pelo coleguismo e amizade demonstrada em momentos de dificuldade e de alegria.

Ao PPGP-PUCRS pela estrutura oferecida e apoio da secretaria e professores, em especial à querida Profa. Margareth de Oliveira.

À CAPES que me proporcionou a bolsa do doutorado.

À PUCRS pelo acolhimento e a estrutura oferecida para a realização do doutorado. Sou grata pela instituição por fazer parte da minha trajetória de formação acadêmica desenvolvida com qualidade.

Muito obrigada!

## RESUMO

Esta tese de doutorado objetivou investigar os fatores biopsicossociais preditivos para a adesão ao tratamento bem-sucedida e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids. Para tanto, apresenta-se em três seções, sendo uma teórica, e duas com resultados empíricos. A seção I discute as repercussões do modelo biopsicossocial da Psicologia da Saúde e os princípios da saúde pública para a adesão ao tratamento nesta população. A seção II relata o estudo empírico transversal, descritivo e correlacional que objetivou identificar a caracterização da amostra por meio dos dados sócio-demográficos e clínicos (carga viral e contagem de linfócitos T CD4+); avaliar os aspectos psicossociais: níveis de ansiedade, níveis de depressão e estresse percebido, suporte social e qualidade de vida nesta amostra de pessoas que vivem com HIV/Aids. Além disso, foram correlacionados dados sociodemográficos e clínicos com os aspectos biopsicossociais descritos. A amostra foi constituída de 120 portadores do HIV/Aids, do sexo masculino e feminino, com idade entre 18 a 65 anos, em tratamento antiretroviral. Os instrumentos utilizados foram: Questionário de dados sociodemográficos e da situação clínica; Inventário Depressão de Beck, Inventário de Ansiedade de Beck, Escala de Stress Percebido (PSS), Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/Aids, Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV Bref) e CEAT-VIH - Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antiretroviral. Os resultados destacam que o suporte social está relacionado com a adesão ao tratamento. Pode-se salientar também que a rede social se apresenta como amortecedora de situações de estresse na convivência com a doença. A seção III relata o estudo empírico que investigou os fatores preditivos para a proteção da adesão nesta população bem-sucedida no tratamento. A amostra e os instrumentos são os mesmos da seção anterior. Neste priorizou-se a apresentação dos fatores preditivos por meio de análises estatísticas de associação qui-quadrado e regressão logística. Os resultados apontam os seguintes aspectos preditivos de proteção para a adesão: classe social, estágio HIV percebido, domínio I – físico e domínio V – meio ambiente da qualidade de vida. A pesquisa desta tese demonstra a importância do suporte social, de ter acesso aos serviços de saúde, obter informações sobre a doença, sentir-se bem em relação à saúde física e meio ambiente onde vive e segurança. Os aspectos descritos são de proteção à manutenção da saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida. Para tanto, os psicólogos e pesquisadores dos contextos de saúde necessitam, a partir dos resultados desta pesquisa e outros que corroboram para os fatores preditivos de sucesso para a adesão, propor estratégias e ações voltadas para a saúde pública, no intuito do fortalecimento do tratamento. Neste sentido, a atenção deve ser sob a perspectiva do modelo biopsicossocial para o aumento da qualidade de vida e estilo de vida saudável das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Palavras-chaves: Psicologia da Saúde; modelo biopsicossocial; HIV/Aids; adesão ao tratamento; qualidade de vida.

Área do conhecimento: Psicologia (7.07.00.00-1)

## ABSTRACT

This PhD thesis aimed to investigate the predictive biopsychosocial factors for treatment bonding and quality of life of HIV-positive people who are successfully follow the treatment. For this purpose, three sections have been presented, one of which is theoretical and the other two are based in the empirical results. The section I debates the repercussion of Health Psychology's biopsychosocial model and public health's principles fro treatment bonding in this population. The section II reports the descriptive, transversal and co-relational empiric study which has objectified the characteristics of the sample through the clinical (viral load and count of CD4+ T lymphocytes) and socio-demographical data; evaluate the psychosocial aspects: level of anxiety, level of depression and perceived stress, social support and quality of life of this sample of HIV-positive people. Moreover, it has correlated clinical and socio-demographical with the biopsychosocial aspects mentioned above. The sample had 120 HIV-positive people, male and female, from 18 to 65 years old, undergoing antiretroviral treatment. The assessment instruments used are the following: questionnaire on clinical situation and socio-demographical data , Beck depression inventory, Beck anxiety inventory, Perceived stress scale (PSS), Social support scale for HIC-positive people, World Health Organization questionnaire on quality of life (WHOQOL-HIV Bref) and the CEAT-VIH – questionnaire on evaluating antiretroviral treatment bonding. The results point out that social support relates to treatment bonding. It's also possible to highlight that the social network attenuates episodes of stress when living with this illness. The section III reports the empirical study which has investigated the predictive factors for protecting treatment bonding in this population. The sample and the instruments are the same as in section II. In this stage, presenting the predictive factors via statistical analysis of chi-square association and logistic regression has been prioritized. The results indicate the following predictive aspects of bonding protection: social class, perceived HIV stage, dominium I – physical and dominium V – environment and quality of life. The survey of this thesis shows the importance of social support, having access to health services, gathering information about the illness, feeling well about physical health and environment where he/she lives as well as safety. The aspects described above concern quality of life and protection of the maintenance of health for treatment bonding. For this purpose, health psychologists and researchers need to propose strategies and actions toward public health in order to fortify the treatment, according to the results of this research in addition to others which corroborate the predictive factors of success for treatment bonding. In this manner, the attention should be from the perspective of the biopsychosocial model in order to enhance the quality of life and a healthy lifestyle of the HIV-positive people.

Key words: health psychology; biopsychosocial model; HIV/AIDS; treatment bonding; quality of life.

Area of Knowledge: Psychology (7.07.00.00-1)

## SUMÁRIO

|   |    |
|---|----|
| TABELAS.....  | 12 |
| LISTA DE SIGLAS.....  | 14 |
| INTRODUÇÃO.....   | 15 |
| SEÇÃO 1 – Contribuições da Psicologia da Saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva do modelo biopsicossocial..... | 22 |
| Introdução.....   | 22 |
| Contribuições da Psicologia da Saúde: o modelo biopsicossocial.....   | 22 |
| Princípios da saúde pública para o fortalecimento da adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids.....  | 25 |
| Considerações.....  | 30 |
| SEÇÃO 2 – Estudo I - Influência das variáveis biopsicossociais na adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral.....    | 31 |
| Introdução.....   | 31 |
| Método.....   | 33 |
| Participantes.....  | 34 |
| Instrumentos.....   | 34 |
| Procedimentos para coleta e análise dos dados.....  | 36 |
| Procedimentos éticos.....   | 36 |
| Resultados.....   | 37 |
| Discussão.....  | 41 |
| Conclusão.....  | 44 |

|   |    |
|---|----|
| SEÇÃO 3 - Estudo II - Fatores biopsicossociais preditivos para a adesão e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde..... | 45 |
| Introdução.....   | 47 |
| Método.....   | 47 |
| Participantes.....  | 47 |
| Instrumentos.....   | 47 |
| Procedimentos para coleta dos dados.....  | 48 |
| Procedimentos para análise dos dados.....   | 48 |
| Procedimentos éticos.....   | 49 |
| Resultados.....   | 49 |
| Discussão.....  | 53 |
| Conclusão.....  | 55 |
| CONSIDERAÇÕES FINAIS.....   | 57 |
| REFERÊNCIAS.....  | 60 |
| APÊNDICES.....  | 69 |
| Apêndice 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (CEP 08/04228).....                                      | 70 |
| Apêndice 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (CEP101/08).....  | 72 |

## TABELAS

### **Seção 2: Estudo I – Influência das variáveis biopsicossociais na adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral**

Tabela 1 - Caracterização da amostra (N=120) dados sociodemográficos e clínicos de pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral.....37

Tabela 2 - Apresentação das médias e desvio padrão dos sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, estresse percebido, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids (120).....39

Tabela 3 - Correlação entre sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, estresse percebido, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids (N=120).....41

### **Seção 3: Estudo II – Fatores biopsicossociais preditivos para adesão e qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde**

Tabela 1 – Associação entre variáveis sociodemográficas e da situação clínica e adesão baixa/insuficiente ou regular e adesão estrita em pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde (N= 120).....50

Tabela 2 – Regressão logística univariada pelo método enter da variável adesão à terapia antiretroviral como função das variáveis categóricas da situação sociodemográfica e clínica em pessoas que vivem com HIV/Aids (N=120).....51

Tabela 3 – Regressão logística univariada pelo método enter da variável adesão à terapia antiretroviral como função das variáveis numéricas (níveis de depressão, níveis de ansiedade, estresse percebido, suporte social e qualidade de vida) em pessoas que vivem com HIV/Aids (N=120).....52

|   |    |
|---|----|
| Tabela 4 – Regressão logística multivariada pelo método <i>stepwise forward: wald</i> para identificação dos fatores preditivos independentes para a adesão ao tratamento antiretroviral em pessoas com HIV/Aids (N=120)..... | 52 |
|---|----|

**LISTA DE SIGLAS**

*Aids: Acquired immune deficiency syndrome*

*ANPEPP: Associação Nacional de Pesquisa e Pós-graduação em Psicologia*

*APA: American Psychology Association*

*BAI: Beck Depression Inventory*

*BDI: Beck Anxiety Inventory*

*CAPES: Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior*

*CEAT-VIH: Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral em personas con infección por VIH y SIDA*

*CNPq: Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico*

*CV: Carga viral*

*DST: Doenças sexualmente transmissíveis*

*HIV: Human immunodeficiency virus*

*ITRN: Inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos*

*ITRNN: Inibidor Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeos*

*OMS: Organização Mundial da Saúde*

*ONG: Organização não-governamental*

*OSC: Organização da sociedade civil*

*SPP: Scale Stress Perception*

*SPSS: Statistical Package for the Social Sciences*

*UNESCO: United Nations Educational, Scientific and Cultural Organization*

*WHOQOL-HIV bref: World Health Organization Quality of Life assessment instrument in patients with human immunodeficiency virus infection*

## INTRODUÇÃO

Há três décadas ocorreu a identificação do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (Aids), porém, nesse curto período de tempo, o número de pessoas infectadas e doentes têm aumentado significativamente. O HIV é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4+, sendo que quanto mais baixo for o índice desses, maior o risco do indivíduo desenvolver Aids. O período entre a aquisição do HIV e a manifestação da doença pode durar alguns anos, porém, apesar de o indivíduo portador do vírus estar muitas vezes assintomático, pode apresentar importantes transtornos na esfera psicossocial, a partir do momento do diagnóstico (Canini, Reis; Pereira, Gir & Pelá, 2004).

Estudos mostram as diversas alterações que podem ocorrer no sistema nervoso central dos pacientes com HIV/Aids, associadas com depressão e estresse que podem influenciar a evolução da doença. Tais alterações nos estados psíquicos e sociais podem contribuir para aumentar a vulnerabilidade biológica (Thompson , Nanni & Levine, 1996; Kiecolt-Glaser, 1986; Bayés, 1989).

As alterações psicológicas mais significativas que experimenta a pessoa infectada, em diversos momentos - desde que conhece o resultado da soropositividade até as últimas fases da doença são: ansiedade, depressão, ira, culpa, revolta, obsessões e auto-observação, além de excessiva preocupação com a saúde (Garcia-Huete, 1993; Bayés, 1995). A doença costuma estar acompanhada de incertezas, gerando ansiedade, insegurança e medo (Almeida & Labronici, 2007).

Estados depressivos do humor comumente estão associados à presença de crenças negativas sobre a doença e sentimentos de desesperança, fazendo com que a pessoa não se sinta motivada para cuidar de sua própria saúde e não confie em suas habilidades para lidar com as exigências do tratamento. As manifestações de ansiedade (sensação de insegurança física, apreensão, temor ou ameaça, inquietação e palpitações) podem ocorrer em algumas situações específicas, tais como: o medo de ter contaminado parceiros e/ou filhos; receio da revelação do diagnóstico e de rejeições implícitas e explícitas; mudanças do esquema terapêutico, por falência ou intolerância; variação nas

contagens de linfócitos T CD4+ e na carga viral, além das dificuldades ligadas à prática de sexo seguro (Brasil, 2008).

A ansiedade é uma das reações mais frequentes comum nas pessoas que vivem com HIV/Aids, acompanhadas, em alguns casos, pela perda do sono e memória. O temor de adoecer gravemente, de morrer, de sentir-se discriminado socialmente, e a raiva com relação aos demais são também algumas das reações psicológicas que mais frequentemente se associam às pessoas soropositivas ou com Aids. Em relação ao estresse, Ulla e Remor (2002) destacam que um nível de ativação mantido no tempo com forte intensidade, ou ainda, com alta frequência, pode levar ao desequilíbrio de diversos sistemas ou órgãos. Este nível obriga o organismo a manter uma ativação acima de suas possibilidades e dá lugar a um desgaste excessivo com possíveis alterações ou deterioração no funcionamento dos órgãos ou sistemas alvo. Outra reação psicológica à infecção HIV, que afeta muitas pessoas, é a depressão. Conforme Bayés (1994), a depressão e o estresse podem diminuir o número de linfócitos T CD4+ e piorar o estado de saúde das pessoas que vivem com a doença.

Embora o advento dos antiretrovirais, para o tratamento dos indivíduos com HIV/Aids, vem proporcionando aumento no tempo de sobrevivência, o seu alto custo e inúmeros efeitos colaterais, associados à inexistência de cura para a doença têm direcionado investigações sobre o impacto qualitativo dessa terapêutica na qualidade de vida como também a resistência viral, a toxicidade das drogas e a necessidade de elevada adesão ao tratamento ainda permanecem como importantes barreiras ao sucesso prolongado da terapia (Brasil, 2006).

A adesão ao tratamento antiretroviral, segundo Kern (2004), está associada à forma como a pessoa portadora conduz ou pretende conduzir sua vida sexual e seus hábitos e relações sociais, assim como à maneira como a pessoa vê a si e como se sente frente à situação presente. Aderir ao tratamento medicamentoso é uma tentativa de inibir ou retardar a degradação sofrida pelo vírus e controlar a carga viral. Muitas vezes à eficiência do tratamento possibilita com que a pessoa viva muitos anos sem a manifestação de doenças oportunistas da Aids, como tuberculose, herpes genital, entre outras patologias.

A partir de meados dos anos 1990, os estudos passaram a investigar associações entre variáveis psicológicas (o enfrentamento e suporte social) e a percepção da qualidade de vida. Tais estudos identificam fatores que propiciam o ajustamento à condição de enfermidade crônica e enfrentamento ativo diante da disponibilidade de tratamento (Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005; Dunbar, Mueller, Medina & Wolf, 1998; Friedland, Renwick & McColl, 1996).

O temor de sentir-se discriminado socialmente é também uma das reações psicológicas que mais frequentemente se associam às pessoas soropositivas (Garcia-Huete, 1993; Bayés, 1995). Esta reação, muitas vezes, gera o isolamento social, além de uma restrição dos relacionamentos interpessoais e dificuldades no campo afetivo-sexual, com impacto negativo na rede social de apoio de pessoas que vivem com HIV/Aids (Green, 1993). Evidencia-se a associação entre disponibilidade e satisfação com o suporte social, bem-estar psicológico e percepção positiva da qualidade de vida, corroborando achados que indicam o papel do suporte como moderador do estresse em contextos relacionados ao processo saúde-doença (Leserman, Petitto; Golden, Gaymes, Gu, Perkins, Silva, Folds & Evans, 2000).

É fundamental o suporte disponibilizado por instituições, como serviços de saúde e ONG (Organização Não-governamental) ou OSC (Organização da Sociedade Civil). Nestes serviços, os profissionais de saúde podem consolidar parceiras institucionais e/ou intersetoriais para acolhimento e resoluções de demandas dessas pessoas para o fortalecimento da adesão ao tratamento (Brasil, 2008b).

Segundo, Heyland, Guyatt, Cook, Meade, Juniper e Cronin (1998) a qualidade de vida relacionada à saúde é considerada um conceito muito mais amplo, uma vez que aborda tanto os conceitos de qualidade de vida global quanto aqueles relacionados ao próprio estado de saúde. Para Minayo, Hartz e Buss (2000) o termo qualidade de vida é bastante abrangente, estando diretamente relacionado às experiências individuais, em um dado momento do contexto sociocultural.

Todavia, a inexistência de cura para a maioria das doenças crônicas tem mostrado que a mensuração da qualidade de vida é imprescindível para a avaliação de estratégias de tratamento e avaliação de custo/benefício. As medidas de qualidade de vida tornam-se ferramenta importante para direcionar a distribuição de recursos e a

implementação de programas de saúde. A qualidade de vida, privilegia não só os aspectos físicos, mas também às dimensões psíquicas e sociais, por isso a necessidade do planejamento de cuidado integral à saúde pela equipe. Constitui fator importante de conhecimento dos psicólogos, a adesão ao tratamento (médico e farmacológico), além dos aspectos psicossociais tais como estresse, ansiedade, depressão, e suporte social para auxiliar no fortalecimento da adesão e no aumento da qualidade de vida.

Para tanto, esta tese originou-se da experiência da pesquisadora no atendimento e pesquisa com as pessoas que vivem com HIV/Aids. Esta teve a oportunidade de realizar a Residência Integrada em Saúde Coletiva pela Escola de Saúde Pública do Estado do Rio Grande do Sul (ESP/RS), sendo o campo de trabalho o serviço de saúde, Ambulatório de Dermatologia Sanitária do Estado do RS, o qual atende pessoas com problemas dermatológicos e doenças sexualmente transmissíveis (DST) e HIV/Aids. Nesta experiência, muitas atividades e estudos vivenciou na área. Com o interesse sempre voltado para o campo de saúde, desde a promoção, prevenção e tratamento, a pesquisa realizada no período foi direcionada para o campo da Dermatologia e Doenças Sexualmente Transmissíveis.

Em relação a prevenção das DST, a atividade sempre foi dinâmica, muitas instituições de diferentes segmentos: comunitário, hospitalar, escolar e empresarial chamavam a equipe da instituição para palestrar sobre maneiras de prevenir a doença, também como atender as pessoas que vivem com HIV/Aids. A pesquisadora percebeu neste período, a existência do estigma social ainda presente sobre as DST e o quanto faz-se necessário o investimento no acesso a informação por meio de palestras, grupos de estudos, uma conversa de aconselhamento, dentre outras formas de educação em saúde.

No atendimento às pessoas que vivem com HIV/Aids desde a informação do diagnóstico até o tratamento antiretroviral, sempre chamou a atenção da pesquisadora o modo com que cada portador enfrentava a doença. A profissional voltou-se para a busca do conhecimento sobre quais fatores protegem e são de risco para o agravamento do HIV. Características de personalidade, estado de humor, percepção da saúde, rede de apoio, espiritualidade e religiosidade e da qualidade de vida era o que variava de um indivíduo ao outro. A percepção destes aspectos, fomentou o interesse desta pesquisadora em seguir investigação na área, posteriormente a Residência.

No mestrado a pesquisadora investigou com destaque o tema da qualidade de vida na população que vive com HIV/Aids atendida na rede pública de saúde. A profissional teve a oportunidade de ingressar em atividade como consultora da UNESCO na Seção de DST/Aids – Secretaria de Saúde do Estado do Rio Grande do Sul. Neste trabalho, a consultoria abrangeu atender todos os projetos sociais voltados para a prevenção ao tratamento das DST/HIV/Aids no Estado. O principal foco foi selecionar e monitorar as equipes dos projetos sociais das organizações não-governamentais, as quais são articuladoras da atenção na área juntamente aos serviços de saúde. Também o que sempre chamou a atenção da pesquisadora no âmbito do HIV/Aids, é o fato de tratar de uma epidemia mundial que abrange todos os povos, culturas, classe social, idade, gênero e escolaridade. É esta magnitude que demonstra o quanto faz-se necessário o investimento em pesquisas que possam auxiliar na prevenção e adesão e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Com o interesse na formação acadêmica mais avançada e em seguir na área de prevenção e tratamento em saúde por meio a realização de pesquisa de campo, a pesquisadora decidiu após um ano de consultoria ingressar no doutorado. Neste momento, surge a idéia de realizar um projeto integrado de pesquisa com diferentes modalidades de métodos de investigação, porém com encadeamento entre estudos, uma maneira de também exercitar a gestão em pesquisa, além do interesse em aprofundar estudos na área para o fortalecimento de estratégias de intervenção preventiva e de tratamento psicossocial as pessoas com HIV/Aids.

Desta forma, surge o projeto Avaliação e intervenção psicológica para pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral”. Esta pesquisa é dividida em três principais estudos descritos a seguir:

Estudo transversal descritivo e correlacional sobre aspectos biopsicossociais - dados sócio demográficos, situação clínica, níveis de depressão, suporte social, adesão ao tratamento e qualidade de vida de 63 portadores do HIV/Aids referente a dissertação de mestrado de Grazielly Rita Marques Giovelli;

Estudo transversal descritivo, correlacional e preditivo sobre aspectos biopsicossociais - dados sociodemográficos, situação clínica, níveis de depressão, níveis de ansiedade, estresse percebido, suporte social, adesão e qualidade de vida referente a

esta tese de doutorado com 120 pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde.

Estudo pré-experimental quantitativo e qualitativo de intervenção sob a abordagem cognitivo-comportamental voltada a 11 portadores de HIV/Aids em tratamento antiretroviral para o fortalecimento da adesão e aumento da qualidade de vida. Esta etapa em fase de análise é referente a tese de doutorado de Grazielly Rita Marques Giovelli.

Oriundos do projeto de pesquisa geral obteve-se duas bolsas de iniciação científica, as seguintes:

Níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids (PIBIC/CNPq 129884/2009-0).

Avaliação qualitativa de programa de intervenção psicossocial sob a abordagem cognitivo-comportamental em pessoas que vivem com HIV/Aids (BPA/PUCRS)

Além disso, se adquiriu os seguintes financiamentos:

Edital MCT/CNPq 03/2008 - Ciências Humanas, Sociais e Sociais Aplicadas, processo número 400325/2008-0

Centro de Estudos de AIDS/DST do Rio Grande do Sul (CEARGS)/Universidade da Califórnia em São Francisco, por meio do projeto “International Clinical, Outcomes and Health Services Research and Training Award from the John E. Fogarty International Center of the United States National Institutes of Health’ (5D43TW005799).

Também esta pesquisa obteve ajuda de custo por meio de vale-transporte fornecidos pela Empresa Associação dos Transportadores de Passageiros de Porto Alegre, e a disponibilização de salas para atendimento fornecidas pelo SAPP – Serviço de Atendimento Psicológico e Pesquisa da PUCRS.

Diante do exposto o objetivo geral deste estudo é:

Investigar os fatores biopsicossociais preditivos de proteção para a adesão e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde.

Os objetivos específicos são:

Identificar a caracterização da amostra em estudo por meio dos dados sócio-demográficos e clínicos (carga viral e T CD4+) nesta população;

Avaliar os aspectos psicológicos: níveis de ansiedade, níveis de depressão e estresse percebido nas pessoas que vivem com HIV/Aids;

Investigar a percepção do suporte social dos participantes;

Avaliar a percepção da adesão ao tratamento antiretroviral na população em estudo;

Avaliar a qualidade de vida na mesma população;

Correlacionar dados sócio-demográficos e clínicos com os aspectos psicológicos, suporte social, adesão ao tratamento e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids;

Investigar os fatores preditivos para a proteção da adesão ao tratamento bem-sucedida nesta população.

Para o relato desta pesquisa, foram elaboradas três seções descritas a seguir:

Seção 1 – Contribuições da Psicologia da Saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids sob a perspectiva do modelo biopsicossocial

Seção 2 – Influência das variáveis biopsicossociais na adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral

Seção 3 - Fatores biopsicossociais preditivos para a adesão e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde

## **SEÇÃO 1**

### **Contribuições da Psicologia da Saúde para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids na perspectiva do modelo biopsicossocial**

#### **Introdução**

O presente ensaio temático apresenta as contribuições da Psicologia da Saúde, sob a perspectiva do modelo biopsicossocial, para a adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids em atendimento na saúde pública brasileira. Primeiramente apresenta a área da Psicologia da Saúde e o modelo biopsicossocial posteriormente, os princípios da saúde pública e as diretrizes para o fortalecimento da adesão ao tratamento preconizada pelo Programa Nacional de DST/Aids do Ministério da Saúde do Brasil.

Os estudos sobre os aspectos biopsicossociais e a sua relação com a adesão ao tratamento de saúde tem sido um campo promissor para o planejamento e aprimoramento de políticas públicas, e estratégias de intervenções psicossociais. A Psicologia da Saúde é uma área da Psicologia Aplicada voltada para a prevenção e manutenção da saúde. A partir de então, é proposta uma transformação no modelo de tratamento mente e corpo, do modelo biomédico para o modelo biopsicossocial, o qual enfatiza a integração entre os aspectos biológicos, psicológicos e sociais para promoção e tratamento. Nesta perspectiva, o presente ensaio discute as repercussões do modelo biopsicossocial da Psicologia da Saúde e os princípios da saúde pública para a adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids.

#### **Contribuições da Psicologia da Saúde: modelo biopsicossocial**

No início do século XIX o entendimento do processo saúde e doença preconizado foi o modelo biomédico que busca as causas das doenças, o seu agente

etiológico. Os aspectos psicológicos neste modelo são entendidos somente como consequência de uma determinada doença. Os pensamentos, as emoções e comportamentos não estão implicados no desencadeamento de doenças neste período.

No século XX, surge a Medicina Psicossomática e a Medicina Comportamental que buscaram compreender a relação entre mente e corpo, as condutas dos indivíduos e suas repercussões na saúde. Em 1980, consolida-se na Psicologia, a denominada Psicologia da Saúde. Esta refere-se a interface da Psicologia com a Medicina. No seu primórdio surge por meio das contribuições da Psicologia Clínica e Psiquiatria, desordens físicas e mentais. Entretanto, atualmente, ampliou-se o entendimento de saúde para as repercussões também sociais, culturais e geográficas, e o modelo biopsicossocial tem auxiliado na compreensão do processo de saúde e doença (Albery & Munafô, 2008).

A Psicologia da Saúde foi descrita pela primeira vez por Joseph Matarazzo, em 1980, presidente da Divisão 38 – Psicologia da Saúde da Associação Americana de Psicologia (APA). Matarazzo (1982) se refere à Psicologia da Saúde como sendo um conjunto de contribuições profissionais, científicas e educacionais da psicologia para a promoção e a manutenção da saúde. Esta área da Psicologia visa à identificação dos fatores relacionados ao desenvolvimento de enfermidades, bem como contribuir para a análise e a melhora do sistema dos serviços de saúde e na elaboração de uma política sanitária.

A Psicologia da Saúde, campo de natureza interdisciplinar, tem por finalidade realizar estudos relacionados à promoção, prevenção e tratamento da saúde do indivíduo e da população para a melhoria da qualidade de vida. Esse campo centra-se na atenção primária, secundária e terciária, aspirando dedicar-se no futuro a promoção e a educação para a saúde (Remor, 1999; Brannon & Feist, 2001; Lellis, 2001). As pesquisas e as intervenções em Psicologia da Saúde tem crescentemente integrado seus resultados nos cuidados de pacientes em uma variedade de estudos clínicos (Nicassio & Meyerowitz, 2004).

Pode-se observar a existência de uma nova direção para as pesquisas e intervenções em Psicologia da Saúde, internacionalmente e no Brasil. O grupo de trabalho nesta área da ANPEPP (Associação Nacional de Programa de Pesquisa e Pós-

graduação em Psicologia) tem como desafios da pós-graduação brasileira a realização de um planejamento de educação voltado para os seguintes temas: elaboração de intervenções com boa relação custo-benefício, estudo de fatores de risco e proteção para problemas de saúde e participação na formação de médicos e de outros profissionais de saúde, visando à promoção da saúde na formação de futuros profissionais (Calvetti, Müller, Nunes, 2007).

Os problemas de saúde emergentes são: doenças cardiovasculares, doenças cerebrovasculares, câncer de pulmão, e outras doenças crônicas de pulmão, infecção pelo HIV/Aids, e problemas de saúde mental, os quais possuem variações geográficas e culturais (Matos, 2004). Os mesmos são atuais o que mostra a importância dos aspectos do macrosistema implicados no processo saúde-doença e a necessidade do planejamento e implementação de estratégias para a melhoria da qualidade de vida.

A Psicologia na área da saúde tem como um dos seus objetivos transformar os conhecimentos adquiridos para a prática, no intuito de auxiliar na promoção, manutenção e tratamento. Neste âmbito, o campo da Psicologia da Saúde tem ênfase na abordagem cognitivo-comportamental, tanto internacionalmente oriundos da Divisão 38 da APA quanto no grupo temático da ANPEPP, além disso, destaca-se a mesma abordagem em grupos de pesquisa em programas de pós-graduação consolidados no Brasil. Para tanto, quais são as contribuições que a Psicologia da Saúde tem realizado para o tratamento de doença crônica como o HIV/Aids? E quais contribuições tem difundido para a comunidade científica para a melhoria da adesão ao tratamento e qualidade de vida das pessoas que vivem com o vírus da doença?

O modelo biopsicossocial explica que os comportamentos se caracterizam por processos biológicos, psicológicos e sociais. Este modelo enfatiza a influência mútua destes fatores no desenvolvimento humano, fundamentando-se na teoria sistêmica do comportamento que compreende que o corpo é formado por sistemas em interação, como o endócrino, o cardiovascular, o nervoso e o imunológico, e que interagem com os aspectos psicossociais (Straub, 2005). Os psicólogos da saúde utilizam o modelo biopsicossocial em inúmeras áreas, incluindo HIV/Aids, adesão a regimes de tratamento médico e efeitos de variáveis psicológicas e sociais sobre o funcionamento imunológico no processo saúde-doença.

Em relação à adesão ao tratamento muitos são os fatores que levam um indivíduo ao tratamento. Dentre estes estão: as crenças do paciente, aspectos afetivos e sociais, comunicação profissional e paciente. Os problemas de adesão ao tratamento em saúde caracterizam-se pela complexidade de fatores implicados neste aspecto. Vázquez, Rodríguez e Alvarez (2003) descrevem diretrizes gerais para a adesão ao tratamento: relação cordial, estimular o paciente a conhecer e incorporar como seu o compromisso do cuidado, informar sobre a doença e corrigir erros e expectativas e adaptá-las as demandas e interesses do paciente; estabelecer metas terapêuticas; e negociar trocas de medicação (se necessário).

No contexto do HIV/Aids, o modelo biopsicossocial engloba aspectos biológicos (medicação, efeitos colaterais, marcadores como carga viral e CD4+), psicológicos (estresse percebido, níveis de ansiedade e depressão e qualidade de vida) e sociais (dados sociodemográficos e suporte social). Existe uma complexidade de fatores implicados no processo saúde-doença, por isso torna-se necessário a abordagem interdisciplinar no tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral. A Psicologia da Saúde considera a importância dos fatores objetivos na adesão ao tratamento, como os resultados desejáveis às recomendações de medicação, a precisão da recordação, e a mudança de comportamentos.

O modelo biopsicossocial tem se mostrado presente em pesquisas relacionadas a aspectos biopsicossociais e intervenções no campo da saúde (Nicassio, Meyerowitz & Kerns, 2004, Keefe & Blumenthal, 2004). Desta forma, torna-se fundamental a capacitação de profissionais para as emergências no campo da saúde, tanto para a prevenção quanto intervenções psicossociais voltadas aos portadores de HIV/Aids (Calvetti, Figuera, Müller & Polli, 2006).

### **Princípios da saúde pública para o fortalecimento da adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids**

Os princípios que norteiam o Sistema Único de Saúde são aspectos fundamentais para as ações de adesão em HIV/Aids. Segundo as diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento nesta população (Brasil 2007), esses são:

- Universalidade no acesso a insumos (preservativos), serviços e ações de saúde.
- Integralidade do cuidado.
- Equidade e superação de vulnerabilidades específicas.
- Valorização da autonomia e da garantia de participação dos portadores na construção de estratégias que promovam a adesão ao tratamento.
- Trabalho em redes articuladas e complementares entre os diferentes níveis de atenção à saúde.
- Articulação intra e intersetorial, buscando superar obstáculos, particularmente sociais.

Em relação ao tratamento do HIV/Aids, faz-se necessário auxiliar as pessoas a conviverem com a doença e a aderirem ao acompanhamento médico. Constitui fator importante de conhecimento da Psicologia no contexto de saúde, a aderência ao tratamento médico e farmacológico. Os psicólogos podem contribuir para a efetividade do tratamento e no entendimento dos fatores biopsicossociais implicados no processo saúde-doença (Brannon & Feist, 2001).

A partir de 1996 com o advento dos antiretrovirais, foi possível alcançar êxitos significativos no tratamento dos portadores. Atualmente, porém mesmo com os recursos terapêuticos e o otimismo quanto ao prognóstico, constata-se que existem pacientes que não aderem ao tratamento. A adesão é entendida como o compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente, com a finalidade de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado, neste caso o fortalecimento do sistema imunológico (CD4+) e a redução da carga viral no organismo.

Pelo fato de ser terapêuticamente controlado o HIV/Aids tem sido considerado como enfermidade crônica. A terapia antiretroviral tem apresentado resultados benéficos aos pacientes com o objetivo de bloquear a reação do vírus contra o sistema imunológico e diminuir o seu desenvolvimento. Entretanto, os medicamentos também geram grandes gastos públicos, neste sentido para a melhoria das perspectivas terapêuticas, faz-se necessário a atenção as estratégias de intervenção para a adesão ao tratamento.

Além dos fatores biológicos, os aspectos psicossociais influenciam níveis de adesão, tais como a satisfação do paciente com o suporte social. Outro aspecto é o sentimento de menos valia, o que poderia favorecer a negligência nos cuidados de

saúde, assim como a auto-estima elevada que poderia levar a crença de invulnerabilidade (Seidl, Melchíades, Farias & Brito, 2007).

Existem evidências sobre a relação entre sistema imunológico, nervoso e fatores psicossociais. Estudos destacam que aspectos relacionados a hábitos e estilos de vida; estresse e estratégias de coping; e apoio social podem influenciar no desenvolvimento do HIV/Aids (Remor, 2002c). Há uma progressão dos tratamentos antiretrovirais, e conseqüentemente, também das necessidades de intervenções psicológicas para pessoas soropositivas (Scheiderman, Antoni, Saab & Ironson, 2001).

Muitas estratégias podem ser adotadas para a melhoria da qualidade de vida do portador do HIV, dentre elas estão: abandonar hábitos de dependência química, realizar exercícios físicos, assim como manter maior cuidado em geral com a sua vida e controle do tratamento. Somente a medida que o sistema imunológico diminui demasiadamente, os pacientes começam a apresentar sintomas de doenças oportunistas. Os riscos de contaminação do HIV estão veiculadas através do sexo sem proteção, de mãe para filho durante o período de gestação, e em contato direto com o sangue infectado, como por exemplo, no compartilhamento de seringas em usuários de drogas (Brannon & Feist, 2001).

Entretanto, existem limites da adesão ao tratamento quando o paciente não quer mesmo aderir. Tem portadores de HIV que fazem uso de medicação e como efeito colateral sofrem transformações em seu corpo, como a lipodistrofia (diminuição da gordura salientada no rosto e outras partes). Quando o paciente não adere por livre arbítrio, mesmo sabendo dos riscos que correm frente a esta decisão, então o profissional de saúde, em alguns casos necessita mudar a estratégia com o paciente ou mesmo encaminhá-lo para outro membro da equipe ou serviço de saúde. Na saúde pública, não é ainda em todos os serviços que se tem uma equipe multidisciplinar e/ou interdisciplinar, o que poderia facilitar a integração de conhecimentos de diferentes especialidades para o entendimento mais ampliado do processo saúde-doença.

Conforme o Ministério da Saúde a adesão é um processo dinâmico e multifatorial que inclui aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais, que requer decisões compartilhadas e co-responsabilizadas entre a pessoa que vive com HIV, a equipe e a rede social. A relação estabelecida é entre

paciente e os profissionais de saúde conforme a especialidade. Adesão não se refere somente à ingestão de medicamentos, mas inclui o fortalecimento da pessoa vivendo com HIV/Aids, o estabelecimento de vínculo com a equipe de saúde, o acesso à informação, o acompanhamento clínico-laboratorial, a adequação aos hábitos e necessidades individuais e o compartilhamento das decisões relacionadas à própria saúde. A conduta de adesão pode ser considerada similar à aquisição de um hábito: informações são apreendidas e habilidades são adquiridas para incorporar o tratamento à rotina diária. Os profissionais, por sua vez, podem se valer da compreensão dos fatores que dificultam e facilitam a adesão, mediante a descrição por parte do próprio paciente de suas experiências, atitudes e crenças sobre a doença e o tratamento para ajudá-lo a compreender a importância do antiretroviral (Brasil, 2008b).

Estudos buscam identificar os fatores associados a dificuldades de adesão ao tratamento (Kelly & Kalichman, 2002; Seidl & cols., 2007). Os resultados apontam o seguinte:

- Complexidade do regime terapêutico, que inclui o número de doses e de comprimidos que precisam ser ingeridos diariamente; a forma de armazenamento, como a exigência de que o medicamento seja conservado em baixa temperatura; dificuldade para ingestão, como medicamentos de tamanhos grandes; os horários das doses, que podem conflitar com as rotinas e o estilo de vida;
- A precariedade ou ausência de suporte social afetivo e/ou material/instrumental, bem como a percepção por parte da pessoa de que esse apoio é insuficiente;
- Baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com as dificuldades e as exigências do tratamento;
- Não aceitação da soropositividade, pois tomar os remédios significa reconhecer que a condição de infecção pelo HIV é uma realidade;
- Presença de transtornos mentais, como depressão e ansiedade;
- Efeitos colaterais da medicação antiretroviral, que torna o próprio tratamento aversivo;
- Relação insatisfatória do usuário com o médico e com os demais profissionais da equipe de saúde, incluindo seu nível de satisfação com os serviços prestados, com os procedimentos realizados e acesso a exames, medicamentos e consultas;
- Crenças negativas e informações inadequadas sobre a enfermidade e o tratamento;

- Dificuldades de organização para adequar as exigências do tratamento às rotinas diárias, como horários de acordar, das refeições, do trabalho e de ingestão da medicação;
- Abuso de álcool e outras drogas.

Atualmente, os métodos utilizados para aferição da adesão incluem medidas como: o auto-relato, o monitoramento eletrônico de medicamentos, contagem de comprimidos, registros sobre a retirada de medicamentos da farmácia, detecção dos medicamentos antiretrovirais ou de metabólitos das drogas na urina ou sangue e os marcadores biológicos de CD4+ e carga viral. Os métodos mais frequentes utilizados na prática clínica no Brasil são: auto-relato (mediante entrevista), contagem manual de pílulas e exame de carga viral (Brasil, 2008b).

O auto-relato é o método mais utilizado no contexto clínico e em pesquisas. Suas vantagens são o baixo custo, a escuta próxima e proporcionar ao profissional o conhecimento dos motivos e dificuldades relativos à adesão e suas possíveis soluções. Quando qualificado, pressupõe vínculo, co-responsabilidade entre paciente e profissional e a valorização da autonomia e do autocuidado.

Em relação aos vínculos da pessoa que vive com HIV/Aids, o fator de proteção, suporte social se refere a ações que auxiliam no enfrentamento do estresse, sendo de duas modalidades: afetivo-emocional e operacional ou instrumental. O primeiro envolve ações como prover atenção, companhia e escuta. O segundo abarca ações concretas e operacionais do cotidiano, como auxílio em tarefas domésticas ou em aspectos práticos do próprio tratamento (acompanhar em uma consulta, buscar os medicamentos no serviço de saúde, tomar conta dos filhos nos dias de comparecimento ao serviço de saúde, dentre outros). Ambos fazem com que a pessoa se sinta cuidada, pertencente a uma rede social (Seidl & cols., 2007).

O suporte social pode ser disponibilizado por familiares, amigos, pessoas de grupo religioso ou integrantes de instituições, profissionais de serviços de saúde e pessoas de organizações da sociedade civil (OSC). Conforme Giovelli (2008), muitas das ações destas instituições viabilizam articulações intra e intersetoriais, buscando superar barreiras e obstáculos à adesão, especialmente aqueles de ordem social e econômica oriundas, por exemplo, da pobreza e da exclusão social. O trabalho do

terceiro setor é uma marca da resposta brasileira à epidemia e deve ser reconhecido como uma iniciativa que favorece a adesão ao tratamento.

A inserção de psicólogos em programas de DST/Aids, associa-se a intervenções psicossociais e institucionais e exigem uma atitude de pesquisador/a que integre assistência e estudos (Brasil, 2008a). Milner-Moskovics e Calvetti (2008) destacam a importância da busca de novas estratégias em HIV/Aids. Faz-se necessário a inserção do/a psicólogo/a como fonte de apoio social tanto no planejamento quanto em intervenções psicoeducativas.

### **Considerações**

O presente ensaio apresentou as implicações do modelo biopsicossocial da Psicologia da Saúde e dos princípios da saúde pública para o fortalecimento da adesão ao tratamento e aumento da qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids. Para tanto, é necessário que os profissionais de saúde, em destaque os/as psicólogos/as que atuam em serviços da saúde pública brasileira aprimorem-se no conhecimento sobre as especificidades do HIV/Aids.

A adesão ao tratamento do HIV/Aids apresenta-se como emergente por tratar-se por uma epidemia mundial. Neste sentido, tanto os aspectos biológicos, psicológicos e sociais da doença quanto às questões culturais e geográficas do paciente e comunidade, necessitam ser incluídas no planejamento de políticas públicas e nas intervenções para prevenção e tratamento. O/a psicólogo/a precisa manter-se contextualizado nos serviços de saúde como membro da equipe de saúde, marcando a necessidade do núcleo (especificidades do atendimento) tanto quanto do campo (ações interdisciplinares).

## SEÇÃO 2

### **ESTUDO I – Influência das variáveis biopsicossociais na adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral**

#### **Introdução**

A epidemia da infecção por HIV/Aids surgiu na década de 1980 como um problema de saúde pública e de bem-estar social. O HIV é um retrovírus que causa no organismo disfunção imunológica crônica e progressiva devido ao declínio dos níveis de linfócitos CD4+, sendo que quanto mais baixo o índice desses, maior o risco do indivíduo desenvolver Aids. Mesmo com os avanços no diagnóstico e tratamento, a realidade apresenta-se como um desafio aos profissionais da área da saúde devido a alta incidência da doença e aos impactos gerados na vida dos portadores. (Carvalho, Morais, Koller & Piccinini, 2007).

Quando surgiu a epidemia a maior incidência identificada eram os usuários de drogas injetáveis, homossexuais, profissionais do sexo e pessoas que recebiam transfusão de sangue e hemoderivados. Já desde o início dos anos 1990 vem ocorrendo importante mudança no perfil epidemiológico da Aids, tendo a transmissão heterossexual como principal via. Assim, percebe-se um aumento expressivo de mulheres na dinâmica da doença, bem como da população de baixa renda, jovens, moradores de cidades do interior e periferias dos grandes centros.

O boletim epidemiológico de 2010 apresenta o número e taxa (por 100.000 hab.) de casos de Aids notificados. Observa-se redução da razão por sexo. Em 1984 era igual a 15,8, ou seja de 126 homens para 8 mulheres, e passou a ser no ano de 2009 igual a 1,5 (8157 homens para 5501 mulheres). Tal constatação demonstra a realidade atual da epidemia, corroborando com o novo panorama da doença que se estabeleceu a partir dos anos 90 (Brasil, 2010).

Sabe-se que as alterações psicológicas associadas à infecção por HIV/Aids se caracterizam fundamentalmente pela sua alta incidência. Dentre as mais significativas experimentadas pela pessoa soropositiva é a ansiedade que se apresenta em diversos momentos, desde que diagnóstico ao tratamento antiretroviral (Garcia-Huete, 1993; Bayés, 1995).

Os sintomas de ansiedade em portadores de HIV estão relacionados a incertezas sobre a evolução da doença, o curso clínico, o medo relacionado à dor, o sofrimento, a deterioração do corpo, o tratamento e a morte (Junqueira, Belluci, Rossini & Reimão 2008). Desta forma, os sintomas de ansiedade podem ser caracterizados como respostas às situações estressoras, sendo que estas variam de acordo com a interpretação de cada pessoa (Margis, Picon, Cosner & Silveira 2003).

O estresse constitui-se de uma reação natural de adaptação do corpo humano, podendo significar tanto o equilíbrio quanto o desequilíbrio do organismo. Entretanto devido a carga de estresse excessiva, tal estado assume o status de doença (Selye, 1965). Ainda Lipp e Malagris (1989) conceitualizam o estresse como uma reação orgânica de origem psicofisiológica decorrente de agentes denominados estressores. Tais agentes caracterizam-se em situações geradoras de desconforto físico e psicológico, as quais ocasionam uma quebra da homeostase interna e exigem uma adaptação do indivíduo. Neste sentido, conforme Piña-Lopes, Tapia, Sánchez-Sosa, Togawa e Robles (2008) a intensidade e a duração dos estímulos estressores geram desequilíbrios biológicos e alterações psicológicas como a sensação de tensão e a ansiedade.

Questões como o medo da morte, abandono dos familiares e amigos, perda de emprego e reação social frente à soropositividade são consideradas fontes que, se intensificadas, podem levar ao estresse patológico. Evidencia-se a relação existente entre a satisfação com o suporte social e a presença de estresse (Leserman & cols., 2000; Schmitz & Crystal, 2000).

Segundo Seidl e Tróccoli (2006), o conceito de suporte social refere-se ao sentimento e a percepção de estima e pertencimento do indivíduo a uma rede social com direitos e deveres comuns. O suporte social contribui na adaptação de pessoas portadoras de enfermidades crônicas como no caso HIV/Aids, podendo amenizar situações de preconceito e discriminação. Além disso, contribui para o aumento da

adesão ao tratamento e da qualidade de vida. Dentro desta perspectiva do processo saúde-doença, Canini e cols (2004) destacam que muitos portadores de HIV sofrem um impacto em sua qualidade de vida, à medida que a presença da doença, suas consequências físicas e repercussões psicossociais afetam as dimensões psicológica e social

Entende-se qualidade de vida como a percepção da pessoa a partir da sua posição na vida, no contexto da cultura e sistema de valores nos quais ela vive e em relação aos seus objetivos, expectativas, padrões e preocupações (Fleck, Leal, Louzada, Xavier, Chamovich, Vieira, Santos & Pinzon, 1999). Envolve a subjetividade, visto que se refere a avaliação da pessoa sobre as dimensões que a compõe e a multidimensionalidade, caracterizando-se como um constructo interdisciplinar (Seidl & Zannon, 2004). A qualidade de vida relacionada a saúde aborda conceitos associados ao próprio estado de saúde, ao estado funcional, ao bem-estar psicológico, à felicidade com a própria vida e à satisfação das necessidades (Canini & cols., 2004).

Cabe destacar que, com o advento dos antiretrovirais, houve um aumento no tempo de sobrevida e uma melhora na qualidade de vida dos portadores de HIV, ocasionando assim uma mudança na expectativa de vida. A partir desta modificação no panorama existente, também os aspectos psicossociais envolvidos sofreram alterações como a diminuição do medo iminente da morte e, a necessidade de reestruturar a vida para conviver com esta nova situação. Neste sentido, inclui a possibilidade de manutenção dos vínculos estabelecidos no trabalho, na família, na comunidade (Carvalho & cols., 2007) e o encontro de novos vínculos.

Portanto, o objetivo geral deste estudo é avaliar os aspectos biopsicossociais de pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral. Dentre os objetivos específicos estão: avaliar as características sociodemográficas e da situação clínica, investigar os aspectos psicossociais (ansiedade; estresse percebido; suporte social) e adesão ao tratamento e qualidade de vida, bem como investigar a relação entre estas variáveis descritas.

## **Método**

Este estudo caracteriza-se como sendo de natureza quantitativa e transversal, de caráter descritivo, correlacional e preditivo.

## **Participantes**

A amostra foi constituída por conveniência, tendo um total de 120 indivíduos portadores do HIV do sexo masculino e feminino, com idades entre 18 a 65 anos, em tratamento antiretroviral.

## **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados foram:

Questionário de dados sociodemográficos e da situação clínica: idade, sexo, escolaridade, situação conjugal; situação empregatícia, tempo de diagnóstico, estágio do HIV, terapia antiretroviral utilizada, contagem de linfócitos T CD4+ (sistema imunológico) e carga viral (CV).

Inventário Depressão de Beck: composta por 21 itens, com o escore de cada resposta variável de 0 a 4 (ausente, leve, moderada e grave), viabiliza quantificar a intensidade do sintoma (Beck & Steer, 1993; Cunha, 2001). A escala avalia os diversos sintomas ou atitudes que, usualmente, estão presentes na depressão, independentemente da sua causa. O coeficiente de cronbach obtido foi alfa de 0,91.

Inventário de Ansiedade de Beck: avalia a intensidade da ansiedade clínica (auto-informada), através de 21 itens pontuados, com o valor mínimo de 0 e o valor máximo de 63 correspondendo, a maior pontuação a um grau mais elevado de ansiedade (Beck, Epstein, Brown & Steer, 1988; Cunha, 2001). O coeficiente de cronbach obtido foi alfa de 0,92.

Escala de Stress Percebido (PSS): A PSS possui 14 questões com opções de resposta que variam de zero a quatro (0=nunca; 1=quase nunca; 2=às vezes; 3=quase sempre 4=sempre). As questões com conotação positiva (4, 5, 6, 7, 9, 10 e 13) têm sua pontuação somada invertida, da seguinte maneira, 0=4, 1=3, 2=2, 3=1 e 4=0. As demais

questões são negativas e devem ser somadas diretamente. O total da escala é a soma das pontuações destas 14 questões e os escores podem variar de zero a 56 (Luft, Sanches, Mazo & Andrade, 2007). O coeficiente de cronbach obtido foi alfa de 0,87.

Escala de Suporte Social para Pessoas Vivendo com HIV/AIDS: instrumento para mensuração do suporte social percebido e da satisfação, construído e validado no Canadá, denominado *Social Support Inventory for People who are Positive or Have Aids* pelos autores Renwick, Halpen, Rudman & Friedland (1999); e validado no Brasil por Seidl e Tróccoli (2006) específico para pessoas soropositivas. Este instrumento foi desenvolvido com base em estudos sobre o suporte social para a população em geral e para pessoas acometidas por condições médicas específicas, como HIV/AIDS. É composto de 24 itens, com escala de resposta tipo Likert de cinco pontos, podendo ser auto-aplicado ou administrado mediante entrevista. Divido em dois fatores: 1- *suporte emocional* – percepção e satisfação quanto à disponibilidade de escuta, atenção, informação, estima, companhia e apoio emocional em relação à soropositividade; 2. *suporte instrumental* - 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. O coeficiente de cronbach obtido foi alfa de 0,96.

Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida da Organização Mundial de Saúde (WHOQOL-HIV Bref): versão brasileira validada por Zimpel e Fleck (2005). Este avalia a qualidade de vida genérica de pessoas vivendo com HIV/Aids, (constituído) por 31 itens constituídos de 6 domínios: Físico (dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso), Psicológico (sentimentos positivos, pensamento, memória, aprendizado e concentração), Nível de Independência (mobilidade, atividades cotidianas, dependência de medicação e tratamento, capacidade para o trabalho), Relações Sociais (relacionamentos, suporte social, atividade sexual), Meio Ambiente (segurança física, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidades de acesso a novas informações e de lazer, ambiente físico e transporte) e Espiritualidade/Religiosidade/Crenças Pessoais (crenças pessoais, religiosas e espiritual). As questões são individualmente pontuadas em uma escala tipo likert de 5 pontos, onde 1 indica percepções baixas e negativas e 5 percepções altas e positivas (WHOQOL GROUP, 2003; Zimpel, 2003). O coeficiente de cronbach obtido foi alfa de 0,77.

CEAT-VIH - Questionário de avaliação da adesão ao tratamento antiretroviral: desenvolvido e validado para a versão brasileira por Remor, Milner-Moskovics e Preussler (2007) visa identificar o grau de adesão dentre baixa ou insuficiente, regular e estrita ao tratamento antiretroviral em pessoas que vivem com HIV/Aids. O instrumento é constituído por 20 questões. O coeficiente de cronbach obtido foi alfa de 0,85.

### **Procedimentos para coleta e análise dos dados**

A coleta de dados foi realizada no Ambulatório de Infectologia do Hospital São Lucas da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (HSL-PUCRS), no Ambulatório de Infectologia do Grupo Hospitalar Conceição (GHC) e na Organização Não-governamental (ONG) GAPA/RS. A aplicação dos instrumentos ocorreu individualmente em uma sala reservada durante aproximadamente uma hora. Também foram acessados os prontuários dos pacientes para a coleta dos marcadores biológicos, carga viral e contagem de linfócitos T CD4+.

A investigação sobre os dados sociodemográficos, situação clínica, e aspectos psicológicos do presente estudo foram submetidos à análise de frequências das variáveis. A relação entre aspectos psicológicos e marcadores biológicos através da análise de correlação de Pearson. Foi utilizado o nível de significância de 5%, sendo os dados do levantamento dos instrumentos utilizados computados e analisados no *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows* versão 17.

### **Procedimentos éticos**

A pesquisa seguiu as normas estabelecidas para pesquisa em seres humanos (Resolução CNS196/96). Foi assegurado o anonimato e sigilo no uso das informações obtidas através dos prontuários e respostas aos instrumentos da pesquisa. O estudo teve aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Parecer CEP-PUCRS 08/04228) e do Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição (Parecer CEP-GHC 101/08). O participante identificado com necessidade de tratamento específico foi encaminhado para atendimento psicológico.

## Resultados

Os participantes apresentam-se entre 20 e 65 anos de idade ( $M=42,08$  anos;  $DP=8,74$ ), 50,8% do sexo masculino e 56,7% solteiros. A orientação sexual informada, é predominantemente heterossexual (77,5%). A amostra foi selecionada em três locais de atendimento à pessoas com HIV/Aids de Porto Alegre/RS, sendo dois serviços de saúde, o Ambulatório de Infectologia do Hospital São Lucas (43,3%), Grupo Hospitalar Conceição (GHC) (34,2%) e uma organização não-governamental, o Grupo de Apoio a Prevenção da Aids do Rio Grande do Sul - GAPA/RS (22,5%).

Quanto à situação de trabalho, 57,1% dos participantes não trabalham. Em relação ao nível socioeconômico apresenta-se predominantemente médio baixo (63,3%). Do total da amostra, 79,2 % informa não utilizar medicação psiquiátrica. Quanto ao modo de transmissão do vírus destaca-se a via sexual (77,5%).

O tempo de infecção HIV variou de 2 meses até 264 meses, com uma média de 97 meses, equivalente há 8 anos de infecção. A média da carga viral (cópias/ml) identificada foi de 456,72 cópias/ml, sendo 68,3% carga indetectável da amostra total.

Em média, os participantes ingerem 4 comprimidos diariamente, variando entre 1 e 6 comprimidos. As combinações de fármacos mais comum foi 2 inibidores da Transcriptase Reversa Análogo de Nucleosídeos (ITRN) + 1 Inibidor Transcriptase Reversa Não Análogo de Nucleosídeos (ITRNN) (50,8%).

Em relação à percepção da sua saúde 76,6% não se considera doente, e quando perguntado “se alguma coisa não vai bem consigo” 56,7% consideram que está tudo bem. Pode-se observar que dos problemas descritos 24,8% referem-se à situação psicológica (sinais de ansiedade, tristeza, medo, baixa auto-estima e culpa), seguido de 14,5% que relatam problemas em relação à saúde física (lipodistrofia, problemas de visão, perna operada, mal-estar abdominal, hepatite, baixa da imunidade, HIV), como pode ser visto na tabela 1 abaixo.

**Tabela 1** - Caracterização da amostra (N=120) dados sociodemográficos e clínicos de pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral

| <i>Dado sociodemográfico e clínicos</i> | <i>%</i> | <i>F</i> | <i>Média</i> | <i>Desvio-padrão</i> |
|---|----------|----------|--------------|----------------------|
|---|----------|----------|--------------|----------------------|

|   |      |        |        |
|---|------|--------|--------|
| <b>Idade</b>  |      | 42,08  | 8,74   |
| <b>Escolaridade</b>                                   |      |        |        |
| Nenhum  | 4,2  | 5      |        |
| 1° incompleto   | 6,7  | 8      |        |
| 1° completo   | 35,0 | 42     |        |
| 2° completo   | 40,8 | 49     |        |
| 3 ° incompleto  | 2,5  | 3      |        |
| 3° completo   | 10,8 | 13     |        |
| <b>Sexo</b>   |      |        |        |
| Feminino  | 49,2 | 59     |        |
| Masculino   | 50,8 | 61     |        |
| <b>Situação de trabalho</b>                           |      |        |        |
| Trabalha  | 42,9 | 51     |        |
| Não trabalha  | 57,1 | 69     |        |
| <b>Orientação sexual</b>                              |      |        |        |
| Heterossexual   | 77,5 | 93     |        |
| Homossexual   | 17,5 | 21     |        |
| Bissexual   | 5,0  | 6      |        |
| <b>Estado civil</b>                                   |      |        |        |
| Solteiro  | 56,7 | 68     |        |
| Casado ou vivendo com<br>companheiro                  | 15,0 | 18     |        |
| Separado ou divorciado                                | 22,5 | 27     |        |
| Viúvo   | 5,0  | 6      |        |
| <b>Forma de transmissão</b>                           |      |        |        |
| Sexual  | 77,5 | 93     |        |
| Usuários de drogas injetáveis                         | 8,3  | 10     |        |
| Transfusão de hemoderivados                           | 2,5  | 3      |        |
| Outro (acidente de trabalho)                          | 1,7  | 2      |        |
| Não sabe  | 10,0 | 12     |        |
| <b>Nível socioeconômico</b>                           |      |        |        |
| Baixo   | 27,5 | 33     |        |
| Médio baixo   | 63,3 | 76     |        |
| Médio alto  | 9,2  | 11     |        |
| <b>Dados clínicos</b>                                 |      |        |        |
| <b>Tempo infecção HIV (meses)</b>                     |      | 97,07  | 64,62  |
| <b>Número de comprimidos antiretrovirais</b>          |      | 4      | 2      |
| <b>Uso de medicação psiquiátrica</b>                  |      |        |        |
| Sim   | 20,8 | 25     |        |
| Não   | 79,2 | 95     |        |
| <b>Linfócitos T CD4+ por mm<sup>3</sup> de sangue</b> |      | 456,72 | 294,97 |
| <b>Carga viral (cópias/ml)</b>                        |      |        |        |
| <50 (indetectável)                                    | 68,3 | 82     |        |
| 51-400  | 15,0 | 18     |        |
| 401-30.000  | 13,3 | 16     |        |
| >30.000   | 3,3  | 4      |        |
| <b>Considera doente</b>                               |      |        |        |
| Sim   | 23,3 |        |        |
| Não   | 76,7 |        |        |
| <b>Alguma coisa não esta bem consigo</b>              |      |        |        |
| Sinais/sintomas físicos                               | 14,5 | 17     |        |
| Sinais/sintomas psicológicos                          | 24,8 | 30     |        |
| Relações sociais                                      | 2,4  | 3      |        |
| Condição sócio-econômica                              | 1,6  | 2      |        |
| Considera tudo bem                                    | 56,7 | 68     |        |

Na tabela 2, em relação aos sintomas de ansiedade 49,2% da amostra apresenta nível mínimo, sendo a média 14,17 e equivalente a grau leve. Em relação aos sintomas

de depressão, 54,2% dos participantes apresentam nível de depressão mínimo e média 14,15 equivalente a grau leve.

O estresse percebido, fator 1 (percepção negativa) teve maior média 13,15 em relação ao fator 2 (cotação positiva) 8,99. O escore bruto apresentou média de 22,14 (DP=11,05). A variabilidade do escore é de zero a 56, observando-se que os escores são medianos baixos em relação à percepção de estresse neste estudo. Em relação ao suporte social dos participantes foi observado que a maior média foi no fator 1 (M=3,56; DP=1,00) que representa suporte social emocional. O fator 2 que representa o suporte instrumental obteve média 3,41 (DP=0,99).

Em relação ao grau de adesão os participantes apresentaram maior porcentagem na adesão estrita (48,3%), seguida da regular (47,5%) e posteriormente baixa/insuficiente (4,2%). Pode-se observar que a maior concentração de porcentagem está presente em estrita e regular, totalizando 95,8% entre regular e estrita. Salienta-se uma amostra aderente neste estudo.

Na avaliação da qualidade de vida, pode-se observar a média maior no domínio III nível de independência (M=14,53; DP=2,7) relacionado a mobilidade, atividade da vida diária, dependência de medicação ou tratamentos e aptidão para o trabalho. Posteriormente, o domínio IV relações sociais (M=14,35 DP=3,5) que se refere a relacionamentos pessoais, apoio social, atividade sexual e inclusão social. A seguir o domínio V meio ambiente (M=14,04 DP=2,66) que inclui a segurança física, moradia, finanças, cuidados (acesso e qualidade à saúde e assistência social), informação (adquirir informação nova e aprender nova habilidade), lazer, ambiente físico (poluição/barulho/trânsito/clima) e transporte. A média global destacada na amostra é de 14,65 (DP=3,67).

**Tabela 2** - Apresentação das médias e desvio padrão dos sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, estresse percebido, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids (N=120).

| <i>Variável</i>                  | <i>%</i> | <i>f</i> | <i>Média</i> | <i>Desvio Padrão</i> |
|----------------------------------|----------|----------|--------------|----------------------|
| <b>Níveis de Ansiedade (BAI)</b> |          |          |              |                      |

|   |      |    |       |       |
|---|------|----|-------|-------|
| Mínimo  | 49,2 | 59 |       |       |
| Leve  | 26,7 | 32 |       |       |
| Moderado  | 12,5 | 15 |       |       |
| Grave   | 11,7 | 14 |       |       |
| Escore Total  |      |    | 14,17 | 12,59 |
| <b>Níveis de Depressão (BDI)</b>                      |      |    |       |       |
| Mínimo  | 54,2 | 65 |       |       |
| Leve  | 15,0 | 18 |       |       |
| Moderado  | 23,3 | 28 |       |       |
| Grave   | 7,5  | 9  |       |       |
| Escore Total  |      |    | 14,15 | 12,59 |
| <b>Estresse Percebido (PSS)</b>                       |      |    |       |       |
| Estresse percebido – fator 1                          |      |    | 13,15 | 6,01  |
| Conotação positiva – fator 2                          |      |    | 8,99  | 6,34  |
| Escore bruto  |      |    | 22,14 | 11,05 |
| <b>Suporte Social</b>                                 |      |    |       |       |
| Emocional - Fator 1                                   |      |    | 3,56  | 1,00  |
| Instrumental - Fator 2                                |      |    | 3,41  | 0,99  |
| <b>Grau de Adesão ao Tratamento (CEAT-VIH)</b>        |      |    |       |       |
| Baixa/Insuficiente                                    | 4,2  | 5  |       |       |
| Regular   | 47,5 | 57 |       |       |
| Estrita   | 48,3 | 58 |       |       |
| Escore total  |      |    | 75,78 | 10,28 |
| Escala de pontuação transformada                      |      |    | 81,64 | 14,29 |
| <b>Qualidade de Vida (WHOQOL-HIV bref)</b>            |      |    |       |       |
| Domínio 1 - Físico                                    |      |    | 11,61 | 2,00  |
| Domínio 2 - Psicológico                               |      |    | 13,50 | 2,40  |
| Domínio 3 - Nível de Independência                    |      |    | 14,53 | 2,7   |
| Domínio 4 - Relações Sociais                          |      |    | 14,35 | 3,5   |
| Domínio 5 - Meio Ambiente                             |      |    | 14,04 | 2,66  |
| Domínio 6 - Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais |      |    | 10,33 | 3,04  |
| Qualidade de Vida Global                              |      |    | 14,65 | 3,67  |

Na tabela 3 pode-se observar uma correlação inversa entre ansiedade e adesão ( $r=-0,407$ ;  $p<0,001$ ), bem como, negativa entre depressão e adesão ( $r=-0,523$ ;  $p<0,001$ ). Em relação ao escore total do estresse percebido este se apresentou inversamente correlacionado a adesão ao tratamento ( $r=-0,416$ ;  $p<0,001$ ). Também negativamente o fator 1 – percepção negativa ( $r=-0,376$ ,  $p<0,001$ ) e o fator 2 – conotação positiva ( $r=-0,369$ ,  $p<0,001$ ) com a adesão. O suporte social emocional – Fator 1 ( $r=0,441$ ;  $p<0,001$ ) e suporte social instrumental – Fator 2 ( $r=0,339$ ;  $p<0,001$ ) apresentaram correlação altamente significativa em relação a adesão.

O domínio II psicológico ( $r= 0,422$ ;  $p<0,001$ ), domínio III nível de independência ( $r=0,403$ ;  $p<0,001$ ), domínio IV relações sociais ( $r=0,492$ ;  $p<0,001$ ), e V meio ambiente ( $r=0,529$ ;  $p<0,001$ ) tiveram correlação altamente significativa em relação a adesão. O destaque maior esta no domínio V meio ambiente, sendo que estes dados podem estar relacionados a uma boa adaptação de moradia, acesso ao serviço de saúde e a informação na população deste estudo.

No domínio VI espiritualidade/religião/crenças pessoais ( $r=-0,250$ ;  $p<0,001$ ) constatou-se correlação significativa indireta em relação a adesão. As crenças religiosas e espirituais não demonstram ser um recurso auxiliar para a adesão ao tratamento dos portadores do HIV/Aids neste estudo. Apenas o domínio I físico não apresentou correlação com a adesão.

**Tabela 3** - Correlação entre sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, estresse percebido, suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids (N=120)

| <i>Variável</i>                                       | <i>Escore total CEAT VIH</i> |          |
|---|------------------------------|----------|
|   | <i>r</i>                     | <i>p</i> |
| <b>Níveis de Ansiedade (BAI)</b>                      |                              |          |
| Escore Total  | -0,407                       | <0,001   |
| <b>Níveis de Depressão (BDI)</b>                      |                              |          |
| Escore Total  | -0,523                       | <0,001   |
| <b>Estresse Percebido (PSS)</b>                       |                              |          |
| Estresse percebido – fator 1                          | -0,376                       | <0,001   |
| Conotação positiva – fator 2                          | -0,369                       | <0,001   |
| Escore Total  | -0,416.                      | <0,001   |
| <b>Suporte Social</b>                                 |                              |          |
| Emocional - Fator 1                                   | 0,441                        | <0,001   |
| Instrumental - Fator 2                                | 0,339.                       | <0,001   |
| <b>Qualidade de Vida (WHOQOL-HIV bref)</b>            |                              |          |
| Domínio 1 - Físico                                    | 0,134                        | 0,140    |
| Domínio 2 - Psicológico                               | 0,422                        | <0,001   |
| Domínio 3 - Nível de Independência                    | 0,403                        | <0,001   |
| Domínio 4 - Relações Sociais                          | 0,492                        | <0,001   |
| Domínio 5 - Meio Ambiente                             | 0,529                        | <0,001   |
| Domínio 6 - Espiritualidade/Religião/Crenças Pessoais | -0,250                       | .. 0,006 |
| Qualidade de Vida Global                              | 0,483                        | <0,001   |

Correlação de Pearson

## Discussão

Nesta pesquisa pode-se inferir que participantes com altos escores no suporte social emocional apresentam maiores índices de adesão ao tratamento e qualidade de vida. O suporte social (familiares, amigos, equipe de saúde e comunidade) pode encorajar e motivação para o auto-cuidado. Estudos apontam à relevância do suporte social no enfrentamento da doença como fator de proteção para a adesão ao tratamento e aumento da qualidade de vida (Seidl & Tróccoli, 2006), a associação entre

disponibilidade e satisfação com o suporte social, bem-estar psicológico, adesão ao tratamento e percepção positiva da qualidade de vida. (Mello & Malbergier, 2006; Leserman & cols., 2000).

Os sintomas psicológicos negativos podem contribuir para a não-adesão à terapia antiretroviral e, conseqüentemente, há baixa imunidade e aumento da resposta virológica (Campos, Guimarães & Remien, 2008; Mello & Malbergier, 2006), e conseqüentemente para a progressão da Aids (Paterson, Swindells, Mohr, Brester, Vergis & Squier, 2000) e piora da qualidade de vida (Tostes, Chalub & Botega, 2004). Em estudo realizado (Tucker Burnam, Sherbourne, Kung & Gifford, 2003) foi salientado que as pessoas com depressão, ansiedade ou pânico generalizado foram aproximadamente duas vezes mais não-aderentes que aqueles sem um transtorno psicológico. Outra pesquisa (Remien, Exner, Kertzner, Ehrhardt, Rotheram-Borus & Johnson, 2006) destaca que sintomas depressivos foram associados inversamente com o suporte social em pessoas que vivem com HIV/Aids.

No presente estudo, os baixos escores encontrados em relação a ansiedade e depressão mostram um dos possíveis motivos da característica desta amostra apresentar adesão destacada em estrita e regular. Também a satisfação com o suporte social em especial, no apoio emocional que favorece a adesão ao tratamento. Segundo Carrobbles, Remor e Rodríguez-Alzamora (2003) o autocuidado e a busca de soluções de problemas com a busca do suporte social para escutar e dar afeto e informação são protetores também para a diminuição da percepção de situações de estresse com conotação negativa.

Um nível de ativação do estresse mantido no tempo com forte intensidade, ou ainda, com alta frequência, pode levar ao desequilíbrio de diversos sistemas ou órgãos. Este nível obriga o organismo a manter uma ativação acima de suas possibilidades e dá lugar a um desgaste excessivo com possíveis alterações ou deterioração no funcionamento dos órgãos ou sistemas alvo (Ulla & Remor, 2002). Desta forma, alguns pesquisadores afirmam que o estresse poderia diminuir o número de células CD4+ e piorar o estado de saúde dos portadores (Bayés, 1994; Evans, Leserman, Perkins, Stern, Murphy, Zheng & cols, 1997; Lopes & Fraga, 1998).

A preocupação e o medo das conseqüências adversas podem influenciar negativamente a adesão. Além dos desconfortos gastrintestinais, como náuseas, vômitos, diarreia, gases e azia, que surgem com frequência no início ou troca de medicação, há ainda o aparecimento das alterações anatômicas e metabólicas decorrentes da lipodistrofia (Brasil, 2008b).

Nos resultados, destacou-se que das pessoas que referiram sobre o que não estava bem consigo, os sinais e sintomas psicológicos como ansiedade e depressão foram relatados. Também em relação ao aspecto físico, os sinais de desconforto e mal estar abdominal, bem como a lipodistrofia foi destacada. Apresentou significativa correlação entre domínio II – psicológico e adesão ao tratamento, porém não em relação ao domínio I – físico e adesão. Observa-se que a maioria dos participantes consideram a sua saúde percebida como boa.

As percepções de interações sociais com outros indivíduos pode aumentar o amor-próprio, a auto-valorização e a autoconfiança de pessoas que vivem com HIV/Aids, reduzindo desse modo a percepção da estigmatização (Simoni, Montoya, Huang & Goodry, 2005). Os sistemas de suporte fazem parte de um âmbito mais amplo da vida das pessoas, trata-se das relações estabelecidas com a escola, o trabalho, centros religiosos ou instituições de saúde. Estudo realizado por Carvalho, Hamann & Matsushita (2007) corrobora com os resultados obtidos na presente pesquisa, identifica que a situação de moradia e suporte social foram variáveis preditoras da adesão ao tratamento.

A satisfação no suporte emocional prediz melhor percepção na qualidade de vida (Seidl, Zannon & Tróccoli, 2005). Corroborando com os resultados obtidos na presente pesquisa, Remor (2002) e Seidl e Tróccoli (2006) destacam que o suporte social pode ser um fator atenuador do impacto negativo da soropositividade na vida dos pacientes. A rede de apoio pode ser uma estratégia útil para adesão ao tratamento e aumento da qualidade de vida (Weaver, Llabre, Durán, Antoni, Ironson, Penedo & Schneiderman, 2005). Outros estudos (Holstad, Pace, De & Ura, 2006; Giovelli, 2008) aponta correlação significativa entre suporte social e adesão ao tratamento antiretroviral.

Em estudo realizado por Calvetti, Müller e Nunes (2008), os pacientes sintomáticos/Aids que apresenta sinais ou sintomas da doença, pontuaram mais

correlações significativas entre qualidade de vida (domínios físico; relações sociais; espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais) com o bem-estar religioso em comparação ao grupo assintomático. No presente estudo, não houve correlação significativa entre o domínio VI - espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais e adesão ao tratamento, observa-se que a maior porcentagem dos participantes percebem a sua saúde boa, e não apresentam sinais ou sintomas da doença. Pode ser que o domínio VI se apresente em destaque na população que percebe a sua saúde regular ou péssima com sinais e sintomas de doença.

A capacidade de autonomia do paciente, o suporte social, o acesso aos serviços de saúde e a informação tem maior destaque na população deste estudo em relação a percepção da qualidade de vida. O suporte social fortalece a adesão ao tratamento e a qualidade de vida, sendo fator de proteção para atenuar o impacto da doença e tratamento.

## **Conclusão**

Os resultados obtidos apontam correlação entre suporte social, qualidade de vida e adesão ao tratamento. Os aspectos psicológicos: ansiedade, depressão e estresse percebido estão inversamente correlacionados à melhora do tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids. Pode-se inferir que a rede social é fator de proteção à saúde nesta população, em relação ao tratamento de saúde e a qualidade de vida.

O suporte social tem papel fundamental na moderação do estresse em contextos relacionados ao processo saúde-doença, como nas questões de medo da morte, abandono dos familiares e amigos, perda de emprego e reação social frente à soropositividade. Considera-se a necessidade do desenvolvimento de estratégias para o fortalecimento do suporte social como fator de proteção para a adesão e qualidade de vida. Além disso, o investimento na capacitação de psicólogos/as e outros membros da equipe de saúde para o aconselhamento voltado a prevenção e ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids.

### SEÇÃO 3

**ESTUDO II** – Fatores biopsicossociais preditivos para adesão e qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde

#### **Introdução**

No campo da Psicologia da Saúde, sob a perspectiva do modelo biopsicossocial, torna-se fundamental a compreensão da interação dinâmica entre os aspectos biológicos (vírus, sistema imunológico), psicológico (ansiedade, depressão e estresse percebido) e sociais (classe social e escolaridade) no processo saúde-doença. Tais aspectos determinam a manutenção ou agravamento da saúde (Engel, 1980; Albery & Munafô, 2008). No contexto da atenção às pessoas que vivem com HIV/Aids a compreensão dos fatores biopsicossociais que predizem a adesão ao tratamento levam ao efetivo planejamento e ações na busca de uma melhor qualidade de vida para esta população.

Segundo Castro e Remor (2004), a epidemia da infecção por HIV/Aids em todo o mundo, surgiu como um importante problema de saúde pública e de bem-estar social. Após duas décadas de constante pesquisa e intervenção no âmbito da Aids percebe-se que o impacto do HIV na vida das pessoas afetadas sofreu mudanças em relação aos aspectos psicossociais.

Com o advento e avanços da terapia antiretroviral novas implicações biopsicossociais tornaram-se presentes, do estigma da morte ao aumento da sobrevivência e qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. Dentre elas estão: as mudanças na expectativa de vida; necessidade de uma re-definição dos objetivos pessoais, da situação profissional e dos relacionamentos; de re-avaliar as crenças e benefícios com relação ao tratamento; necessidade de fortalecimento dos vínculos afetivos, entre outros (Catalan, Meadows & Douzenis, 2000; Remor, 2002a; Remor 2002b).

Conforme Remor, Milner-Moskovics & Preussler (2007) é de fundamental importância incrementar as estratégias de intervenção dos serviços de saúde e avaliá-las

a partir da compreensão dos fatores associados à adesão. Segundo o Ministério da Saúde (Brasil, 2008b), características como baixa escolaridade e ausência de renda pessoal estão associadas com a não-adesão, independentemente do esquema de medicação utilizado, da unidade de saúde e da quantidade de faltas ao seguimento médico. Isso aponta a necessidade de atenção mais específica para os pacientes de baixo nível socioeconômico.

Estudos (Álvarez-Váldes & Cruz-Troca, 2003, Lignani, Greco & Carneiro, 2001, Remor, 2002a) enfatizam a importância da adesão ao tratamento para que os fármacos antiretrovirais atuem de forma eficaz. A avaliação e seguimento da adesão ao tratamento, tanto quanto a prevenção são prioridade no âmbito da saúde pública e HIV/Aids.

Pesquisa realizada por Remor (2002b) sobre a avaliação do impacto no bem-estar (ansiedade e depressão) e qualidade de vida das pessoas HIV/Aids em tratamento antiretroviral indicou que as percepções e expectativas negativas com o tratamento podem modular o estado emocional e impactar negativamente a qualidade de vida das pessoas HIV/Aids. Ula e Remor (2002) também salientam que os aspectos psicossociais, como controle do estresse e seu modo de enfrentamento (*coping*), suporte social e estilos de vida podem estar associados com o processo de evolução da doença.

Para alguns pacientes, o período de espera do resultado de exames pode desencadear uma intensa crise de ansiedade, sendo necessária uma atenção especial e, algumas vezes, assistência psicológica. Existem pacientes que ao tomarem conhecimento da possível ocorrência de eventos adversos, tanto por leitura de bulas quanto pela obtenção de informações com profissionais ou seus pares, ficam tensos e apreensivos com o uso dos medicamentos, podendo desencadear sintomas mais intensos de ansiedade (Brasil, 2008).

Os modos de convivência diante da situação de viver com uma enfermidade crônica modificam-se, dependendo de fatores pessoais (características de personalidade, conhecimentos e crenças sobre a enfermidade e o tratamento, entre outros) e socioambientais (disponibilidade de apoio social, acesso aos serviços de saúde e a recursos da comunidade). Mudança de crenças sobre a enfermidade, a disponibilidade de suporte social e o melhor conhecimento sobre HIV/Aids parecem favorecer a adoção

de respostas de enfrentamento que propiciem a adesão ao tratamento (Brasil, 2007).

Para tanto, investigar a associação entre os aspectos biopsicossociais (níveis de ansiedade, níveis de depressão, estresse percebido, suporte social e qualidade de vida) e adesão em pessoas que vivem com HIV/Aids em tratamento antiretroviral. Além disso, investigar os fatores biopsicossociais preditivos para a adesão ao tratamento e qualidade de vida nesta população bem-sucedidas no tratamento de saúde.

## **Método**

Este estudo caracteriza-se de natureza quantitativa transversal, de caráter descritivo, correlacional e preditivo. A variável dependente foi a adesão ao tratamento e as variáveis independentes foram: dados sociodemográficos e clínicos, sintomas de ansiedade, sintomas de depressão, estresse percebido, suporte social e qualidade de vida

## **Participantes**

Os participantes da pesquisa foram 120 adultos do sexo masculino e feminino, com idades entre 18 a 65 anos, diagnosticados como portadores de HIV/Aids e em tratamento antiretroviral há pelo menos um mês, usuários de serviço público de saúde da cidade Porto Alegre/RS. Os critérios de inclusão foram: idade superior a 18 anos; tratamento antiretroviral há pelo menos um mês; concordarem em participar da pesquisa, idade inferior a 65 anos (devido às comorbidades que podem existir na fase de idade mais madura). Os critérios de exclusão foram: gravidez; presença de transtorno mental que impeça a compreensão e a participação em psicoterapia.

## **Instrumentos**

Os instrumentos utilizados foram os mesmos descritos na Seção 2 com os resultados apresentados dos coeficientes alfa de cronbach de cada um referido anteriormente.

### **Procedimentos para coleta de dados**

Nos serviços de saúde o primeiro contato com o participante ocorreu em dias de consulta médica, enquanto esperam na sala de espera ou logo após o atendimento. Também neste momento, a pesquisadora e/ou equipe treinada apresentava os objetivos da pesquisa. Neste dia era agendada uma data para que o mesmo respondesse aos instrumentos da pesquisa.

Na ONG, integrantes da mesma informados sobre a pesquisa convidavam as pessoas que frequentavam a instituição a participarem do estudo. Quando aceito, a equipe de pesquisa contatava o participante por telefonema para agendamento da coleta dos dados na própria instituição. A equipe neste momento verificava também os critérios de inclusão.

A aplicação dos instrumentos foi individual, realizada pelo próprio pesquisador ou membro da equipe treinada, em sala reservada durante aproximadamente uma hora. Também foram acessados os prontuários dos participantes para a coleta dos dados dos marcadores biológicos carga viral e CD4+. Para os membros da ONG foram solicitados os exames para verificação dos marcadores biológicos. Todas as informações coletadas foram mantidas sob sigilo.

Quando identificada a necessidade de atendimento psicológico emergente, o participante era encaminhado para o Serviço de Atendimento Terapêutico (SAT) do Grupo de Apoio à Prevenção da AIDS do Rio Grande do Sul (GAPA/RS). Se o participante concordava em participar da pesquisa-intervenção ficava na espera do telefonema da equipe de pesquisa para o atendimento. Esta etapa do estudo também foi finalizada e encontra-se em processo de análise dos dados pela Grazielly Giovelli, doutoranda do mesmo grupo de pesquisa Avaliação e Intervenção em Saúde Mental do PPGP-PUCRS.

### **Procedimentos de análise dos dados**

Para a investigação dos fatores biopsicossociais preditivos para a adesão e qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde (Estudo II) foi realizado teste de associação do qui-quadrado e posteriormente

a análise de regressão logística. O nível de significância utilizado foi de 5%, e os dados do levantamento dos instrumentos foram computados e analisados no *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17* (Chicago, 2008).

### **Procedimentos éticos**

O projeto de pesquisa foi submetido à apreciação da Comissão Científica da Faculdade de Psicologia da PUCRS e posteriormente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da mesma universidade (Parecer CEP 08/04228) e Comitê de Ética do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição (GHC) (Parecer CEP101/08). O projeto seguiu as normas estabelecidas para pesquisa em seres humanos (Resolução CNS196/96). Foi assegurado o anonimato e sigilo no uso das informações obtidas através dos prontuários e respostas aos instrumentos da pesquisa. Os participantes identificados com necessidade de tratamento específico foram encaminhados.

### **Resultados**

A caracterização dos participantes refere-se as mesmas descritas nas tabelas 1 e 2 da Seção 2. Para esta Seção o foco descrito são as associações e os fatores preditivos para a adesão ao tratamento na população em estudo.

Foi investigada a associação entre variáveis sociodemográficas e da situação clínica e adesão ao tratamento baixa/insuficiente ou regular e estrita (verificar tabela 1 abaixo) em pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde. Em relação às variáveis sociodemográficas os dois grupos não se diferenciaram quanto ao sexo, situação laboral, estado civil e orientação sexual. Os resultados apontam para uma associação entre classe social e adesão ( $p=0,000$ ). A classe social percebida média favorece o aumento da adesão de regular para estrita. Também se observa uma associação limite entre nível de estudo e adesão ( $p=0,054$ ).

Na investigação da situação clínica os dois grupos não se diferenciam em relação à transmissão do HIV e uso de medicação psiquiátrica. Os resultados se destacam em

relação à saúde percebida e adesão ( $p=0,015$ ). Também entre estágio do HIV e adesão ( $p=0,004$ ). A percepção da saúde como boa e o estágio assintomático favorecem a adesão ao tratamento.

**Tabela 1** – Associação entre variáveis sociodemográficas e da situação clínica e adesão ao tratamento baixa/insuficiente ou regular e adesão estrita em pessoas que vivem com HIV/Aids (N= 120).

| <i>Variáveis</i>                     | <i>Adesão baixa/insuficiente e regular (f)</i> | <i>Adesão estrita (f)</i> | <i>Total (N=120)</i> | $\chi^2$ |
|--------------------------------------|--|---------------------------|----------------------|----------|
| <b>Sexo</b>                          |  |                           |                      |          |
| Masculino                            | 30   | 31                        | 61                   | 0,590    |
| Feminino                             | 32   | 27                        | 59                   |          |
| <b>Nível de estudo</b>               |  |                           |                      |          |
| Fundamental                          | 33   | 21                        | 54                   | 0,054    |
| Médio                                | 25   | 26                        | 51                   |          |
| Superior                             | 4  | 11                        | 15                   |          |
| <b>Situação laboral</b>              |  |                           |                      |          |
| Trabalha                             | 24   | 27                        | 51                   | 0,463    |
| Não trabalha                         | 37   | 31                        | 68                   |          |
| <b>Classe social</b>                 |  |                           |                      |          |
| Baixa                                | 26   | 7                         | 33                   | <0,001   |
| Média                                | 36   | 51                        | 87                   |          |
| <b>Estado civil</b>                  |  |                           |                      |          |
| Solteiro                             | 39   | 29                        | 68                   | 0,368    |
| Casado ou vive como casado           | 7  | 12                        | 19                   |          |
| Separado ou divorciado               | 12   | 15                        | 27                   |          |
| Viúvo                                | 4  | 2                         | 6                    |          |
| <b>Orientação Sexual</b>             |  |                           |                      |          |
| Heterossexual                        | 49   | 44                        | 93                   | 0,136    |
| Homossexual                          | 8  | 13                        | 21                   |          |
| Bissexual                            | 5  | 1                         | 6                    |          |
| <b>Transmissão do HIV</b>            |  |                           |                      |          |
| Sexual                               | 45   | 48                        | 93                   | 0,509    |
| Transfusão                           | 2  | 1                         | 3                    |          |
| Compartilhar seringas                | 5  | 5                         | 10                   |          |
| Acidente de trabalho                 | 1  | 1                         | 2                    |          |
| Não sabe                             | 9  | 3                         | 12                   |          |
| <b>Uso de medicação psiquiátrica</b> |  |                           |                      |          |
| Sim                                  | 11   | 14                        | 25                   | 0,501    |
| Não                                  | 51   | 44                        | 95                   |          |
| <b>Saúde percebida</b>               |  |                           |                      |          |
| Muito ruim                           | 1  | 1                         | 2                    | 0,015    |
| Ruim                                 | 8  | 1                         | 9                    |          |
| Nem ruim, nem boa                    | 15   | 8                         | 23                   |          |
| Boa                                  | 31   | 30                        | 61                   |          |
| Muito boa                            | 7  | 18                        | 25                   |          |
| <b>Estágio do HIV percebido</b>      |  |                           |                      |          |
| Assintomático                        | 15   | 29                        | 44                   | 0,004    |
| Sintomático /Aids                    | 47   | 29                        | 76                   |          |

Na tabela 2 destacam-se as variáveis categóricas incluídas na regressão logística, a partir das variáveis significativas obtidas na análise bivariada (de associação) anteriormente demonstrada (tabela 1). Os resultados apontam que o estágio do HIV é um preditor significativo (OR= 3,13; p=0,004) de proteção para a adesão ao tratamento na população deste estudo.

**Tabela 2** – Regressão logística univariada pelo método *enter* da variável adesão à terapia antiretroviral como função das variáveis categóricas da situação sociodemográfica e clínica em pessoas que vivem com HIV/Aids (N=120).

| <i>Variáveis</i>                | <i>Adesão baixa/insuficiente e regular (f)</i> | <i>Adesão estrita (f)</i> | <i>OR</i> | <i>IC 95%</i> | <i>p</i> |
|---------------------------------|--|---------------------------|-----------|---------------|----------|
| <b>Nível de estudo</b>          |  |                           |           |               |          |
| Fundamental (1)                 | 33   | 21                        | 0,23      | 0,06-0,82     | 0,024    |
| Médio (2)                       | 25   | 26                        | 0,37      | 0,01-1,38     | 0,092    |
| Superior (ref)                  | 4  | 11                        | 1         | —             | —        |
| <b>Classe social</b>            |  |                           |           |               |          |
| Baixa (1)                       | 26   | 7                         | 0,19      | 0,07-0,48     | 0,001    |
| Média (ref)                     | 36   | 51                        | 1         | —             | —        |
| <b>Saúde percebida</b>          |  |                           |           |               |          |
| Muito ruim (1)                  | 1  | 1                         | 0,38      | 0,02 – 7,11   | 0,524    |
| Ruim (2)                        | 8  | 1                         | 0,04      | 0,00 – 0,46   | 0,009    |
| Nem ruim, nem boa (3)           | 15   | 8                         | 0,20      | 0,06 – 0,70   | 0,012    |
| Boa (4)                         | 31   | 30                        | 0,37      | 0,13 -1,06    | 0,057    |
| Muito boa (ref)                 | 7  | 18                        | 1         | —             | —        |
| <b>Estágio do HIV percebido</b> |  |                           |           |               |          |
| Assintomático (1)               | 15   | 29                        | 3,13      | 1,442-6,811   | 0,004    |
| Sintomático/Aids (ref)          | 47   | 29                        | 1         | —             | —        |

OR=Odds Ratio

Na tabela 3, observa-se que as variáveis de destaques para a proteção a adesão ao tratamento são: suporte social emocional ( OR=1,969; p= 0,001) e instrumental ( OR= 1,749; p=0,006) e a qualidade de vida global (OR=1,238; p=0,001). Em relação à qualidade de vida, destacam-se como preditores para o tratamento de saúde os domínios I – físico que se refere à dor e desconforto, energia e fadiga, sono e repouso (OR=1,272; p=0,015); II- psicológico (OR=1,358; p=0,001), III – nível de independência (OR=1,260; p=0,003), IV – relações sociais (OR=1,228; p=0,001), V- meio ambiente (OR=1,465; p=0,001).

**Tabela 3** – Regressão logística univariada pelo método *enter* da variável adesão à terapia antiretroviral como função das variáveis numéricas (níveis de depressão, níveis de ansiedade, estresse percebido, suporte social e qualidade de vida) em pessoas que vivem com HIV/Aids (N=120).

| <i>Variáveis</i>                           | <i>OR</i> | <i>IC 95%</i> | <i>P</i> |
|--|-----------|---------------|----------|
| <b>Idade</b>                               | 1,021     | 0,980-1,064   | 0,324    |
| <b>Níveis de Ansiedade (BAI)</b>           |           |               |          |
| Escore Total                               | 0,962     | 0,932-0,994   | 0,018    |
| <b>Níveis de Depressão (BDI)</b>           |           |               |          |
| Escore Total                               | 0,930     | 0,897-0,965   | 0,001    |
| <b>Estresse Percebido (PSS)</b>            |           |               |          |
| Estresse percebido – fator 1               | 0,897     | 0,838-0,960   | 0,002    |
| Conotação positiva – fator 2               | 0,905     | 0,848-0,966   | 0,003    |
| <b>Suporte Social</b>                      |           |               |          |
| Emocional - Fator 1                        | 1,969     | 1,312-2,953   | 0,001    |
| Instrumental - Fator 2                     | 1,749     | 1,176-2,602   | 0,006    |
| <b>Qualidade de Vida (WHOQOL-HIV bref)</b> |           |               |          |
| Domínio 1 - Físico                         | 1,272     | 1,048-1,543   | 0,015    |
| Domínio 2 - Psicológico                    | 1,358     | 1,136-1,623   | 0,001    |
| Domínio 3 - Nível de Independência         | 1,260     | 1,084-1,464   | 0,003    |
| Domínio 4 - Relações Sociais               | 1,228     | 1,090-1,385   | 0,001    |
| Domínio 5 - Meio Ambiente                  | 1,465     | 1,217-1,763   | 0,001    |
| Domínio 6 – Espirit./Relig./Crenças        | 0,938     | 0,832-1,058   | 0,229    |
| Qualidade de Vida Global                   | 1,238     | 1,098-1,395   | 0,001    |

*OR=Odds Ratio*

A tabela 4 apresenta pelo método *stepwise forward:wald* que identificou que os preditores independentes para a adesão ao tratamento são: classe social, estágio do HIV percebido e os domínios I – físico e V meio ambiente que se refere a segurança física, recursos financeiros, cuidados sociais e de saúde, oportunidades de acesso a novas informações e de lazer, ambiente físico e transporte da qualidade de vida. O nível de acerto do modelo de regressão logística desenvolvido foi de 77,4%, tendo sido classificados corretamente 86 de 120 participantes da amostra em relação a adesão ao tratamento.

**Tabela 4** – Regressão logística multivariada pelo método *stepwise forward:wald* para identificação dos fatores preditivos independentes para a adesão ao tratamento antiretroviral em pessoas que vivem com HIV/Aids (N=120).

| <i>Variáveis</i> | <i>OR</i> | <i>IC 95%</i> | <i>P</i> |
|------------------|-----------|---------------|----------|
|------------------|-----------|---------------|----------|

|  |       |           |       |
|--|-------|-----------|-------|
| <b>Classe social</b>                       |       |           |       |
| Baixa                                      | 0,284 | 0,10-0,84 | 0,019 |
| Média                                      | 1     | —         | —     |
| <b>Estágio do HIV percebido</b>            |       |           |       |
| Assintomático                              | 2,89  | 1,15-7,27 | 0,024 |
| Sintomático /Aids                          | 1     | —         | —     |
| <b>Qualidade de Vida (WHOQOL-HIV bref)</b> |       |           |       |
| Domínio 1 - Físico                         | 1,28  | 1,01-1,61 | 0,041 |
| Domínio 5 - Meio Ambiente                  | 1,42  | 1,16-1,73 | 0,001 |

*OR=Odds Ratio*

## Discussão

Pode-se observar nesta pesquisa que os fatores preditivos de proteção à adesão ao tratamento são a classe social, o estágio do HIV percebido e os domínios I e V – meio ambiente da qualidade de vida. Na classe social, a situação média apresenta-se como o valor de referência para a adesão, bem como o estágio assintomático da doença. Em relação à qualidade de vida as pessoas em tratamento antiretroviral que se sentem bem fisicamente, com ausência de manifestações de efeitos colaterais, fadiga e sono são mais aderentes. Também nota-se que o fato dos portadores sentirem-se com condições financeiras e segurança em relação à organização da vida, com moradia e com acesso aos serviços de saúde e informação (educação), tende a levá-los a aderir melhor ao tratamento de saúde.

Destaca-se a importância da compreensão dos aspectos biopsicossociais implicados na adesão ao tratamento para aumento da qualidade de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. Entretanto, sabe-se que os antiretrovirais podem causar efeitos colaterais de curto prazo (náuseas, vômitos) e longo prazo (lipodistrofia, dislipidemias), os quais geram impacto na qualidade de vida (Fernandes, Sanches, Mill, Lucy, Palha & Dalri, 2007).

Collins, Wagner e Walmsley (2000), em seu estudo sobre o impacto psicossocial da lipodistrofia referem prejuízos da auto-imagem e dificuldades nas relações sociais e sexuais. Foi verificadas atitudes de evitação devido a vergonha com relação a nova imagem corporal, bem como dificuldades da vivência sexual pelo fato de sua percepção como pessoas não atrativas sexualmente. Outros pesquisadores Vanable, Carey, Blair e Littlewood (2006) salientam que o estigma da doença pode levar a pessoa

a desenvolver sinais e sintomas de depressão que podem enfraquecer o sistema imunológico e o tratamento.

Seidl e Machado (2008) investigaram o impacto da lipodistrofia no bem-estar psicológico e nas relações familiares, de trabalho, amoroso/sexual e social. Os resultados encontrados mostram que aspecto físico impacta as relações íntimas (companheiro/a). Os relacionamentos familiares e no trabalho não foram afetados significativamente. O estudo mostrou que o impacto mais significativo foi no relacionamento amoroso/sexual, principalmente em pacientes sem parceiro estável devido à percepção negativa da auto-imagem e redução da auto-estima.

Estudo realizado por Singh, Berman, Swindells, Justis, Mohr, Squier e Wagener (1999) foi observado que a satisfação com o suporte social esteve associada à adesão ao tratamento. A importância do suporte social foi apontada por sua influência na disponibilização de encorajamento, reforço positivo e motivação para o auto-cuidado e ao atenuar estímulos que interferiam negativamente sobre a adesão. Outros pesquisadores (Gonzalez, Penedo, Antoni, Duran, McPherson-Baker, Ironson, & Schneiderman, 2004) constataram que suporte social e o bem-estar psicológico estiveram relacionados à conduta de adesão à terapia antiretroviral. A contribuição das Organizações da Sociedade Civil (OSC) na realização de ações promotoras da adesão incentiva os pacientes/usuários a se responsabilizarem por sua saúde. (Brasil, 2008).

É importante que os profissionais envolvidos no cuidado das pessoas que vivem com HIV/Aids sejam capacitados para perceber os sinais de depressão e ansiedade tão logo eles ocorram, provendo escuta, diálogo e evitando temores infundados. Algumas orientações simples para o cotidiano, ao alcance dos usuários, podem ajudar: a prática de atividades físicas moderadas (adequadas ao estado geral), o retorno a atividades ocupacionais e o incentivo às relações afetivas e sociais. O vínculo estabelecido entre a equipe e o usuário facilita o acompanhamento e a adesão ao serviço. Faz com que ele se sinta seguro, respeitado e tenha confiança para expressar suas dúvidas relacionadas ao viver com HIV/Aids (Brasil, 2008).

Muitas vezes os pacientes desconhecem as instituições não-governamentais (ONG) de apoio à enfermidade e as equipes de saúde podem difundir informações e

contatos, encaminhando e favorecendo que estas tenham acesso às ONG/OSC – organização da sociedade civil. Cabe lembrar que esse estímulo deve sempre respeitar o caráter voluntário da decisão do paciente quanto a se engajar ou não nessa modalidade de participação.

Por causa das situações de preconceito e discriminação que ainda são observadas em reações à soropositividade, pessoas com HIV/Aids podem vivenciar isolamento e restrição dos relacionamentos sociais, com impacto negativo na manutenção e estruturação da rede de apoio. Os pacientes sem apoio, ou mesmo com suporte insuficiente, de familiares, amigos e/ou pessoas afetivamente significativas tendem a apresentar mais dificuldades de adesão (Seidl & cols., 2007).

A vivência de dificuldades, bem como de facilidades para a adesão, difere de uma pessoa para outra. É no processo de escuta que os contextos individuais específicos poderão ser apropriados pela equipe, favorecendo a abordagem adequada e resolutiva, reconhecer e respeitar as diferenças individuais significa aplicar o princípio da equidade nas práticas de saúde (Brasil, 2008).

A avaliação médica e psicossocial do paciente permitem identificar os modos de enfrentamento, as dificuldades de aceitação e de viver com esse diagnóstico. A equipe de saúde deve levar em consideração esses aspectos na elaboração do plano terapêutico. Dependendo da avaliação, a oferta de atendimento psicológico (individual ou em grupo) deve ser disponibilizada ao paciente. Também podem ser válidas e úteis outras atividades, como a participação em grupos de ajuda mútua ou em organização não-governamental, para que a pessoa possa conhecer diversas formas de lidar com a condição de soropositividade, a partir da troca de experiências com outros usuários (Brasil, 2007).

## **Conclusão**

O estudo apontou para a atenção dos profissionais para os fatores biopsicossociais preditivos para a adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids: classe social, estágio do HIV, domínio I – físico e domínio V – Meio ambiente da qualidade de vida. Os resultados apontam que a amostra apresenta-se com a

adesão regular a estrita, sentem-se bem em relação a sua saúde física e possuem acesso ao serviço de saúde e informação sobre a doença. Tais aspectos são fortalecedores da adesão ao tratamento.

Constata-se que as necessidades psicológicas e sociais dos indivíduos portadores de HIV/Aids tem mudado na medida em que novas terapias antiretrovirais são criadas, o que sugere a melhora da qualidade de vida, e expectativas de esperança. Pode-se salientar que o modelo biopsicossocial tende a contribuir para um entendimento integrado do processo saúde e doença. Ao identificar os fatores que facilitam a adesão ao tratamento dos portadores de HIV/Aids, torna-se mais factível o planejamento e desenvolvimento de novas intervenções psicológicas adequadas as necessidades daqueles que vivem com a doença.

Sugere-se que na avaliação médica e psicossocial das pessoas que vivem com HIV/Aids seja investigado pelos profissionais os aspectos biopsicossociais do paciente. Conforme os resultados desta pesquisa faz-se necessário o estímulo de hábitos saudáveis - alimentação equilibrada, sono regular, atividade física, bem como a manutenção do bem-estar no local onde vive, por meio de um ambiente limpo, com menos ruídos, e seguro. Também fornecer informações adequadas sobre o tratamento para que o paciente se sinta participante ativo do mesmo. Além disso, o estímulo ao fortalecimento da rede social, com a equipe de saúde, vizinhança, amigos, familiares e companheiro/a. Estes vínculos mais consolidados permitem com que a pessoa se sinta acolhida e não excluída da sociedade, bem como auxilia na manutenção do sistema imunológico mais forte.

Os aspectos biopsicossociais preditivos encontrados para a adesão ao tratamento em pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde revelam a necessidade de atenção a estes fatores para que possam ser incluídos em estratégias de ações em saúde para também o aumento da qualidade de vida. Desta forma, o profissional da saúde necessita auxiliar no engajamento do paciente ao tratamento e no desenvolvimento e manutenção de hábitos saudáveis para a proteção da saúde.

## CONSIDERAÇÕES FINAIS

Os estudos realizados na tese demonstram a importância da compreensão dos aspectos biopsicossociais preditivos para a adesão e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde. A perspectiva do modelo biopsicossocial fundamenta a relevância deste entendimento para contribuir no planejamento de políticas públicas em saúde. Também para estratégias de intervenção no campo da Psicologia da Saúde que visem o fortalecimento dos aspectos de proteção à saúde.

Destaca-se a necessidade da realização de pesquisas no campo da saúde por pesquisadores e profissionais que estejam inseridos na própria instituição. Muitos dados são obtidos no dia a dia dos serviços de saúde e poucos são os estudos realizados neste contexto pelo psicólogo membro da equipe. A apresentação teórica neste estudo visou despertar a necessidade de aprofundar mais pesquisas que integrem os conhecimentos da Psicologia com a Saúde Pública ou Coletiva, no intuito da melhora da adesão ao tratamento e qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV/Aids.

Também salienta-se a relevância de um enfoque interdisciplinar para a atenção em saúde, que inclua determinantes como condições socioeconômicas, culturais e ambientais, condições de vida e trabalho, influências sociais e comunitárias, fatores relacionados com o estilo de vida e idade, sexo e fatores genéticos. Nesta perspectiva do macrosistema da relação saúde-doença tornou-se factível a identificação dos aspectos biopsicossociais implicados na adesão ao tratamento na população estudada.

A amostra deste estudo apresentou baixos escores em sinais e sintomas de ansiedade e depressão; correlação inversa entre estresse percebido e adesão ao

tratamento. Entretanto, correlação significativa entre suporte social e adesão ao tratamento. O fortalecimento dos vínculos - redes afetivas e sociais (companheiro/a, familiares, amigos, vizinhança, comunidade, dentre outros) são fundamentais para o aumento da adesão nesta população, bem como para o aumento da qualidade de vida. Faz-se necessário que estes aspectos sejam investigados e reforçados na consulta médica e psicológica, bem como de outros profissionais que atendam estas pessoas.

Dentre os fatores biopsicossociais preditivos para a adesão ao tratamento de pessoas que vivem com HIV/Aids bem-sucedidas no tratamento de saúde encontrados neste estudo estão: classe social, estágio do HIV, domínio I – físico e domínio V – Meio ambiente da qualidade de vida. Os resultados apontam que a amostra apresenta-se com a adesão regular a estrita, sendo que a situação de classe social média e a situação clínica estágio do HIV assintomático, sentir-se bem em relação a sua saúde física, obter acesso ao serviço de saúde e informação, bem-estar na moradia e segurança são fortalecedores da adesão ao tratamento.

Em uma perspectiva macro do sistema de saúde, sugere-se identificar os determinantes do processo saúde-doença nos fatores biopsicossociais que inclua os aspectos econômicos e a rede de relacionamentos, desde a mais íntima até a comunidade. Para isso, a intervenção a ser realizada necessita ser ampliada, incluindo a atenção às condições socioeconômicas, ambientais e culturais por meio de políticas públicas intersetoriais para a atenção em saúde. Sendo então, da gestão ao serviço de saúde e com a participação da população que vive com HIV favorecendo a mudança de comportamento para o aumento da adesão ao tratamento e da qualidade de vida nesta população. Faz-se necessário também a atenção ao fortalecimento do estilo de vida saudável sob a perspectiva do modelo biopsicossocial para estas pessoas favorecendo a melhor convivência com a doença.

Salienta-se que a limitação do estudo foi a amostra por conveniência, não permitindo a generalização destes resultados. Pode-se pensar que participantes que aceitam a participação, se sintam bem, e mostrem-se mais motivados, porém, esta modalidade de participação permite mais facilmente a realização do estudo, de acordo com o princípio ético da autonomia.

Os resultados da pesquisa apontam semelhanças com outros estudos internacionais e nacionais, apesar de escassos, sobre preditores de proteção para a

adesão ao tratamento. Também reforçam a necessidade de inclusão destes aspectos na avaliação do portador da doença, bem como no planejamento de ações para melhora da adesão e qualidade de vida desta população.

Sugere-se que os fatores biopsicossociais preditivos para a adesão em pessoas que vivem com HIV/Aids bem sucedidas no tratamento de saúde investigadas neste estudo sejam incluídas em novas pesquisas, na prática clínica sob a perspectiva de entendimento integral do processo saúde-doença do paciente e em propostas de intervenções em saúde para a população em estudo. Também que novos estudos com diferentes delineamentos de pesquisa sejam realizados tais como - longitudinal para investigar se as variáveis biopsicossociais preditivas para a adesão ao tratamento se mantêm ao longo do tempo, bem como estudo de intervenção, tanto pré-experimental ou quase-experimental. Outra sugestão de pesquisa é a realização de estudos qualitativos para investigar a percepção dos usuários sobre possíveis efeitos de melhora do tratamento e qualidade de vida. Também a investigação dos fatores biopsicossociais para adesão em pacientes que não aderem ao tratamento de saúde.

## REFERÊNCIAS

Albery, I.P. & Munafô, M. (2008). *Key concepts in Health Psychology*. London: Sage Publications.

Álvarez-Váldes, M.V.G. & Cruz-Troca, J.J.(2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la psicología. *Psicothema*.;15(2), 227-33.

Bayés, R. (1989). La psiconeuroinmunología como punto de encuentro, interacción y vsíntesis de disciplinas experimentales. *Sí Entonces*, 6, 79-89.

Bayés, R. (1994). Psiconeuroinmunología, salud y enfermedad. *Cuadernos de Medicina Psicosomática*, 30, 28-34.

Bayés, R. (1995). *Psicología y SIDA*. Madrid: Martinez Rocca.

Beck, A. T., Epstein, N., Brown, G. & Steer, R. A. (1988). An inventory for measuring clinical anxiety: Psychometric properties. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 58, 893-897.

Beck, A.T & Steer, R.A (1993). *Beck Depression Inventory Manual*. San Antonio: Psychology Corporation.

Brannon, L. & Feist, J. (2001). *Psicología de la Salud*. Madrid: Paraninfo Thomson Learning.

Brasil (2007). *Diretrizes para o fortalecimento das ações de adesão ao tratamento para pessoas que vivem com HIV/Aids*. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF.

Brasil (2008a). *Centro de Referência Técnica em Psicologia e Políticas Públicas (CREPOP). Referências técnicas para a atuação do (a) psicólogo (a) nos programas de DST e aids*. Conselho Federal de Psicologia (CFP). Brasília, DF.

Brasil. (2008b). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, Programa Nacional de DST e Aids. Brasília, DF.

Brasil (2010). *Boletim epidemiológico Aids e DST*. Ministério da Saúde. Brasília, DF.

Calvetti, P.Ü., Müller, M.C. & Nunes, M.L.T (2008). Qualidade de vida e bem-estar-espiritual em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, 13 (3), 523-530.

Calvetti, P.Ü., Müller, M.C. & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 27 (4), 706-717.

Calvetti, P.Ü., Figuera, J., Müller, M.C. & Polli, M.C. (2006). Psicologia da Saúde e qualidade de vida: pesquisas e intervenções em psicologia clínica. *Mudanças: Psicologia da Saúde*, 14 (1), 18-23.

Campos, L.N, Guimarães, M.D.C & Remien, R.H. (2008). Anxiety and depression symptoms as risk factors for non-adherence to antiretroviral therapy in Brazil. *Aids Behavior*, 18 (6), 529-536.

Canini, S.R.M.S., Reis R.B., Pereira, L.A., Gir, E. & Pelá, N.T.R. (2004). Qualidade de vida de indivíduos com HIV/AIDS: uma revisão de literatura. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 12, 940-945.

Carvalho, C. V.; Hamann, E. M. & Matsushita, R. (2007). Determinantes da adesão ao tratamento anti-retroviral em Brasília, DF: um estudo de caso-controle. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 40 (5), 555-565.

Carvalho, F. T., Morais, N. A., Koller, S. H. & Piccinini, C.A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/Aids. *Caderno de Saúde Pública*, 23, 2023-2033.

Carrobles, J.A., Remor, E.A. & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afontamiento, apoyo social percebido y distrés emocional em pacientes com infección por VIH. *Psicothema*, 15 (3), 420-426.

Castro, E.K. & Remor, E.A.(2004). Aspectos Psicossociais e HIV/Aids: Um Estudo Bibliométrico (1992-2002) Comparativo dos Artigos Publicados entre Brasil e Espanha. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 17(2), pp.243-250.

Catalan, J., Meadows, J. & Douzenis, A. (2000). The changing pattern of mental health problems in HIV infection: *Aids Care*, 12(3), 333-341.

Chicago (2008). *Statistical Package for Social Sciences (SPSS) for Windows 17*.

Collins, E., Wagner, C. & Walmsley, S. (2000). Psychosocial impact of the lipodistrophy syndrome in HIV infection. *Aids Read*, 10 (9), 546-550.

Cunha, J.A. (2001). Manual da versão em português das Escalas Beck. São Paulo: Casa do Psicólogo.

Dunbar, H. T., Mueller, C. W., Medina, C. & Wolf, T. (1998). Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 30, 665-685.

Engel, G.L. (1980). The clinical application of the biopsychosocial model. *American Journal of Psychiatry*, 137, 535-544.

Evans, D.L., Leserman, J., Perkins, D.O., Stern, R.A., Murphy, C., Zheng, B., et al. (1997). Severe Life Stress as a Predictor of Early Disease Progression in HIV Infection. *The American Journal of Psychiatry*, 154, 630-634.

Fernandes, A. P.M., Sanches, R. S.; Mill, J., Lucy, D., Palha, P.F., Dalri, M. C..B. (2007). Síndrome da lipodistrofia associada com a terapia antiretroviral em portadores do HIV: considerações para os aspectos psicossociais. *Revista Latino-americana Enfermagem*, 15 (5), 1041-1045.

Fleck, M.P.A.; Leal, O.F.; Louzada, S.; Xavier, M.; Chamovich, E.; Vieira, G.; Santos, L. & Pinzon, V. (1999). Desenvolvimento da versão em português do instrumento de avaliação de qualidade de vida da OMS (WHOQOL - 100), *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 21, 19-28.

Friedland, J., Renwick, R. & McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 8, 15-31.

Garcia-Huete, E. (1993). *SIDA: Apoyos en el entorno personal, familiar y laboral*. Espanha: Eudema.

Gonzalvez, J.S, Penedo, F.G, Antoni, M.H., Duran, R.E., McPherson-Baker, S., Ironson, G. & Schneiderman, N. (2004). Social support, positive states of mind and HIV treatment adherence in men and women living with HIV/AIDS. *Health Psychology*, 23, 413-418.

Giovelli, G.R.M. (2008). *Avaliação psicossocial de portadores HIV/Aids*. Dissertação (Mestrado em Psicologia). Faculdade de Psicologia, PUCRS. Porto Alegre, RS.

Green, G. (1993). Editorial review: Social support and HIV. *AIDS Care*, 5 (1), 87-104

Heyland, D.K., Guyatt, G., Cook, D.J., Meade, M., Juniper, E., Cronin, L., et al. (1998). Frequency and methodologic rigor of quality-of-life assessments in the critical care literature. *Critical Care Medicine*, 26(3),591-8.

Holstad, M.K., Pace, J.C., De, A.K. & Ura, D.R. (2006). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *The Journal of the Association of Nurses in AIDS Care*, 17 (2),4.

Junqueira, P.; Bellucci, S.; Rossini, S. & Reimão, R. (2008). Women living with HIV/AIDS: sleep impairment, anxiety and depression symptoms. *Arquivo de Neurologia e Psiquiatria*, 66 (4), 817-820.

Keefe, F. & Blumenthal, J. (2004). Health Psychology: what will the future bring? *Health Psychology*, 23 (2),156-157.

Kelly, J. A. & Kalichman, S. C.(2002). Behavioral research in HIV/Aids primary and secondary prevention: recent advances and future directions. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 70 (3), 626-639.

Kern, F. A. (2004). *Redes de apoio no contexto da Aids: um retorno para a vida*. Porto Alegre: EDIPUCRS.

Lellis, M. (2001). Modelos, teorias y practicas psicosociales en el campo de la salud publica. IN: E. Saforcada (Ed). *El factor humano en la salud pública: una mirada psicológica dirigida hacia la salud colectiva*. Buenos Aires: Proa XXI.

Leserman, J., Petitto, J. M., Golden, R. N., Gaynes, B. N., Gu, H., Perkins, D. O., Silva, S. G., Folds, J. D. & Evans, D. L. (2000). Impact of stressful life events, depression, social support, coping and cortisol on progression to AIDS. *American Journal of Psychiatry*, 157, 1221-1228.

Lignani Jr, L., Greco, D.B. & Carneiro, M.(2001). Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/Aids. *Revista de Saúde Pública*, 35(6), 495-501.

Lipp, M.N. & Malagris, L.N. (1989). Manejo do estresse. In: B. Rangé, B. (Ed.). *Psicoterapia comportamental e cognitiva*. Campinas: Editorial Psy.

Lopes, M.V.O. & Fraga, M.N.O. (1998). Pessoas vivendo com HIV: estresse e suas formas de enfrentamento. *Revista latino-americana de enfermagem*, Ribeirão Preto, 6 (4), 75-81.

Luft, C.D.B., Sanches, S.O., Mazo, G.Z. & Andrade, A. (2007). Versão brasileira da Escala de Estresse Percebido: tradução e validação para idosos. *Revista de Saúde Pública*, 41(4), 606-15.

Margis, R., Picon, P., Cosner, A.F. & Silveira, R.O. (2003). Relação entre estressores, estresse e ansiedade. *Revista de Psiquiatria*, 25 (1), 65-74.

Matarazzo, J. (1982). Behavioural health's challenge to academic, scientific and professional psychology. *American Psychologist*, 37, 1-14.

Mattos, M. G. (2004). Psicologia da Saúde, saúde pública e saúde internacional. *Análise psicológica*, 22 (3), 449-462.

Mello de, V.A. & Malbergier, A. (2006). Depression in women infected with HIV. *Revista Brasileira de Psiquiatria*, 28(1), 10-17.

- Milner-Moskovics, J. & Calvetti, P.Ü. (2008). Formação de multiplicadores para a prevenção das DST/AIDS numa universidade espanhola. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 28 (1), 706-717.
- Minayo, M.C.S, Hartz, Z.M.A. & Buss, P.M. (2000). Qualidade de vida e saúde: um debate necessário. *Ciência & Saúde Coletiva*; 5(1), 7-18
- Nicassio, P.; Meyerowitz, B. & Kerns, R. (2004). The future of health psychology interventions. *Health Psychology*.23 (2), 132-137.
- Paterson, D.L., Swindells, S., Mohr, J., Brester, M., Vergis, E.N. & Squier, C. (2000). Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection. *Annals of Internal Medicine*, 133 21–30.
- Piña López, J.A.; Tapia, M.D; Sánchez-Sosa, J.J; Togawa, C., Robles O.C. (2008). Asociación entre los niveles de estrés y depresión y la adhesión al tratamiento en personas seropositivas al VIH en Hermosillo, México. *Revista Panamericana de la Salud Publica*, 23 (6), 377-383.
- Remien, T., Exner, R.M., Kertzner, A.A., Ehrhardt, M.J., Rotheram-Borus, and Johnson, M.O. *et al.* (2006). Depressive symptomatology among HIV-positive women in the era of HAART: A stress and coping model. *American Journal of Community Psychology*, 38 , 275–285.
- Remor, E. A. (1999). Psicologia da saúde: apresentação, origens e perspectivas. *Revista Psico*, 30 (1), 205-217.
- Remor, E. A. (2002a). Valoración de la adhesión al tratamiento antiretroviral en pacientes VIH. *Psicothema*, 14(2), 262-267.
- Remor, E. A. (2002b). Aspectos psicossociais na era dos novos tratamentos da AIDS. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 18(3), 283-287.
- Remor, E. (2002c). Apoyo social y calidad de vida en la infección por el VIH. *Atención Primaria*, 30 (3),143-149.

Remor, E.A., 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.

Renwick, R., Halpen, T., Rudman, D. & Friedland, J. (1999). Description and validation of a measure of received support specific to HIV. *Psychological Reports*, 84, 663-673.

Scheiderman, N., Antoni, M., Saab, P. & Ironson, G. (2001). Health Psychologist: Psychosocial and Biobehavioral Aspects of Chronic Disease Management. *Annual Review of Psychology*, 55, 555-580.

Schmitz, M.F. & Crystal, S. (2000). Social relations, coping, and psychological distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of Applied Social Psychology*, 30 (4), 665-685.

Seidl, E.M.F & Machado, A.C.A. (2008). Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Psicologia em Estudo*, 13 (2), 239-247.

Seidl, E. M. F, Melchíades, A., Farias, V. & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento antiretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23 (10), 2305-2316.

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.

Seidl, E.M.F., Zannon C. M. L. C. & Tróccoli B.T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18 (2), 188-195.

Seidl, E. M. F. & Zannon, C. M. L. C. (2004). Qualidade de vida e saúde: Aspectos conceituais e metodológicos. *Cadernos de Saúde Pública*, 20, 580-588.

Selye, H. (1965). *Stress: a tensão da vida*. São Paulo: Ibrasa.

Simoni, J.M, Montoya, H.D., Huang, B. & Goodry, E. (2005). Social support and depressive symptomatology among HIV-positive women: the mediating role of self-esteem and mastery. *Women & Health*, 41, 1-15.

Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., Justis, J.C., Mohr, J.A., Squier, C. & Wagner, M.M. (1999). Adherence of human immunodeficiency virus-infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, 29, 824-830.

Straub, R. (2005). *Psicologia da Saúde*. Porto Alegre: Artmed.

Thompson S.C, Nanni C. & Levine A. (1996). The stressors and stress of being HIV-positive. *AIDS Care*, 8 (1), 5-14.

Tostes, M. A. Chalub, M. & Botega, N J. (2004). The Quality of Life of HIV-infected Women is associated with psychiatric morbidity. *AIDS Care*, 16, 177-186.

Tucker, J. S., Burnam, A., Sherbourne, C. D., Kung, F. Y., & Gifford, A. L. (2003). Substance use and mental health correlates of nonadherence to antiretroviral medications in a sample of patients with human immunodeficiency virus infection. *The American Journal of Medicine*, 114, 573– 580.

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

Vanable, P.A., Carey, M.P., Blair, D.C. & Littlewood, R.A. (2006). Impacto f HIV-related stigma on health behaviors and psychological adjustment among HIV-positive men and women. *AIDS and Behavior*, 10 (5), 473-482.

Vázquez, I.A.; Rodríguez,C.F.; & Alvarez, M.P. (2003). *Manual de Psicología de La Salud*. Madrid: Pirámide.

Weaver, E.K., Llabre, M.M., Durán, R.E., Antoni, M.H., Ironson, G., Penedo, F.J. & Schneiderman, N. (2005). A stress and coping modelo f medication adherence and viral load in HIV-positive men and women on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Health Psychology*, 24 (4), 385-392.

WHOQOL GROUP (2003). Initial steps to development the World Health Organization's Quality of life instrument (WHOQOL) module for international assessment in HIV/AIDS. *AIDS Care*, 15 (3), 347-357.

Zimpel, R. (2003). *Avaliação da qualidade de vida de pacientes com HIV/Aids*. Dissertação (Mestrado em Psiquiatria). Faculdade de Medicina, Universidade Federal do Rio Grande do Sul - UFRGS. Porto Alegre, RS.

Zimpel, R. & Fleck, M. (2005). Instrumento WHOQOL. Manual do usuário. Saúde Mental pesquisa e evidência. Departamento de Saude Mental e Dependência Química da OMS. Genebra. Disponível em: [http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol\\_hiv\\_01.pdf](http://www.ufrgs.br/psiq/whoqol_hiv_01.pdf). (acessado em 10/08/2010).

## APÊNDICES

Apêndice 1 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa da Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul (Parecer CEP 08/04228)



Pontifícia Universidade Católica do Rio Grande do Sul  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

OF.CEP-1695/09

Porto Alegre, 22 de dezembro de 2009.

Senhor Pesquisador,

O Comitê de Ética em Pesquisa da PUCRS apreciou e aprovou as modificações propostas em ofício datado de 02 de dezembro de 2009, referentes a seu protocolo de pesquisa intitulado **"Avaliação e intervenção psicológica em pessoas com vírus da imunodeficiência humana (HIV)"**.

Atenciosamente,

Prof. Dr. José Roberto Goldim  
Coordenador do CEP-PUCRS

Ilmo. Sr.  
Prof. Gabriel Jose Chittó Gauer  
FAPSI  
Nesta Universidade

PUCRS

Campus Central

Av. Ipiranga, 6690 – 3º andar – CEP: 90610-000

Sala 314 – Fone Fax: (51) 3320-3345

E-mail: [cep@pucrs.br](mailto:cep@pucrs.br)

[www.pucrs.br/prppg/cep](http://www.pucrs.br/prppg/cep)

Apêndice 2 – Aprovação do Comitê de Ética em Pesquisa do Grupo Hospitalar Nossa Senhora da Conceição (GHC) (Parecer CEP101/08)

|   |   |   |  |  |
|---|---|---|--|--|
|  | <b>HOSPITAL N. S. DA CONCEIÇÃO S.A.</b><br>Av. Francisco Trein, 560<br>CEP 91150-000 - Porto Alegre - RS<br>Fone: 3357.2000<br>CNPJ: 92.787.118/0001-20 | <b>HOSPITAL DA CRIANÇA CONCEIÇÃO</b><br>(Unidade Pediátrica do Hospital Nossa<br>Senhora da Conceição S.A.) | <b>HOSPITAL CRISTO REDENTOR S.A.</b><br>Rua Domingos Rubbo, 20<br>CEP 91040-000 - Porto Alegre - RS<br>Fone: 3367.4100<br>CNPJ: 92.787.126/0001-76 | <b>HOSPITAL FEMÍLIA S.A.</b><br>Rua Mostardero, 17<br>CEP 91430-001 - Porto Alegre - RS<br>Fone: 3314-8200<br>CNPJ: 92.623.134/0001-53 |
|---|---|---|--|--|

Vinculados ao Ministério da Saúde - Decreto nº 59.214/90

**COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA DO HOSPITAL NOSSA SENHORA DA CONCEIÇÃO  
GRUPO HOSPITALAR CONCEIÇÃO  
CEPHNSC - GHC**

**RESOLUÇÃO**

Porto Alegre, 09 de julho de 2008.

O Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC, em reunião ordinária de 09 de julho de 2008, analisou o seguinte projeto de pesquisa:

**Nº CEP/GHC: 101/08**

**F.R. SISNEP: 200405**

**Título Projeto:** Avaliação e intervenção psicológica em pessoas com vírus da Imunodeficiência Humana.

**Pesquisadoras:** Prisca Ücker Calvetti  
Grazielly Giovelli

**Orientador:** Gabriel José Chittó Gauer

**PARECER:**

**Documentação:** Aprovados

**Aspectos Metodológicos:** Aprovados

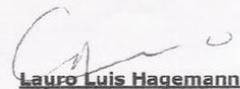
**Aspectos Éticos:** Aprovados

**Parecer final:** Este projeto, bem como o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, de acordo com as Diretrizes e Normas Internacionais e Nacionais especialmente as Resoluções 196/96 e complementares do Conselho Nacional de Saúde, obtiveram o parecer de **APROVADO**, neste CEP.

**Grupo e área temática:** Pertencente ao Grupo III.

**Área do Conhecimento:** Ciências Humanas - Psicologia - 7.07

**Considerações finais:** Toda e qualquer alteração do projeto deverão ser comunicados imediatamente ao CEP/GHC. Após conclusão do trabalho, o pesquisador deverá encaminhar relatório final ao Centro de Resultados onde foi desenvolvida a pesquisa e ao Comitê de Ética em Pesquisa.

  
**Lauro Luis Hagemann**  
 Coordenador Executivo CEP - GHC

**Comitê de Ética em Pesquisa do HNSC/GHC** fone/fax: (51) 3357-2407 - e-mail: pesquisas-gep.@ghc.com.br

**Reconhecido:** Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP (31/out/1997) - Ministério da Saúde  
IRB - Institutional Review Board pelo U.S. Department of Health and Human Services (DHHS)  
Office for Human Research Protections (ORPH) sob número - IRB 00001105  
FWA Federalwide Assurance sob número FWA 00000378