

Artigo Original

Rastreo de fatores psicossociais associados à adesão aos cuidados de saúde na infecção pelo HIV**Screening for psychosocial factors associated with health care adherence in HIV infection**<http://dx.doi.org/10.18316/sdh.v11i3.9922>Karin de Mello Ribeiro¹ ORCID 0000-0002-7291-1255, Eduardo Remor^{2*} ORCID 0000-0002-5393-8700

RESUMO

Objetivo: Descrever as diferenças de perfis psicossociais para adesão aos cuidados de saúde de pessoas com HIV (PWHIV) acompanhados em ambulatório especializado, e identificar as características capazes de classificar os participantes no grupo de vinculados versus aderidos com supressão viral.

Materiais e Métodos: Estudo observacional incluiu 200 PWHIV, entre 18 e 83 anos, com média de 10,7 anos de tratamento (97,9% com antirretrovirais; 82,4% carga viral indetectável). A avaliação incluiu uma medida de rastreo de aspectos psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV (Screenphiv).

Resultados: Escores baixos na dimensão de risco e escores elevados na dimensão de proteção foram associados ao controle da carga viral. Através da técnica de análise discriminante entre os escores do Screenphiv e a variável grupo (vinculados versus aderidos com supressão viral), foi possível distinguir e classificar corretamente 83,5% da amostra. Identificou-se que os fatores protetivos Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo (F2) e Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social (F4) e o fator de risco Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV (F1) foram determinantes na correta classificação aos grupos.

Conclusão: Os fatores psicossociais de risco e proteção são relevantes na compreensão do autocuidado em saúde relacionados ao HIV.

Palavras-chave: HIV; Fatores de Risco; Fatores de Proteção; Atenção à Saúde

1 Serviço de Assistência Especializado em IST/AIDS Herbert de Souza, Secretaria Municipal de Saúde de Viamão, RS, Brasil

2 Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil

*Autor correspondente: Programa de Pós-Graduação em Psicologia. Instituto de Psicologia, Serviço Social, Saúde e Comunicação Humana, Universidade Federal do Rio Grande do Sul, Brasil. Rua Ramiro Barcelos, 2600. Porto Alegre, RS, 90035-003. Brasil. E-mail: eduardo.remor@ufrgs.br

ABSTRACT

Objective: This study aimed to describe the differences in psychosocial profiles for adherence to the healthcare of PWHIV followed up in a specialized clinic and to determine the characteristics capable of classifying the participants into a group of retained versus adhered with viral suppression. **Material and Methods:** Cross-sectional study included 200 PWHIV, between 18 and 83 years old, average treatment time of 10.7 years, 97.9% using antiretroviral therapy (82, 4% with undetectable viral load). The assessment protocol included screening for psychological aspects of risk and protection related to HIV infection (Screenphiv). **Results:** Low scores in the risk dimension and high scores in the protection dimension were associated with viral load control. The discriminant analysis technique between Screenphiv scores and the group variable (retained versus adhered with viral suppression) made it possible to correctly distinguish and classify 83.5% of the sample. In addition, the authors identified that the protective factors Personal growing attitude and positive coping (F2) and Active coping focus on collective action and social support (F4), and the risk factor Emotional distress experience related to HIV (F1) were decisive in the correct classification in the groups. **Conclusion:** Psychosocial risk and protection factors are relevant in understanding HIV-related self-care.

Keywords: HIV; Risk Factors; Protective Factors; Health Care

INTRODUÇÃO

Os dados apresentados pelo Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS; www.unaids.org) apontam que 38.4 milhões [33.9 milhões–43.8 milhões] de pessoas estavam vivendo com o vírus da imunodeficiência humana (HIV) em todo o mundo no ano de 2021 e que o acesso universal aos antirretrovirais foi capaz de provocar uma desaceleração no número de novas infecções. Entretanto, a retenção dessas pessoas aos cuidados e serviços de saúde ainda é menor que o desejado para que se estabeleça o real controle da epidemia. Uma revisão sistemática publicada em 2021¹, apontou que 43% das novas transmissões do HIV, nos Estados Unidos, são através de pessoas que sabem de sua infecção, mas não estão em tratamento. E a proporção de pessoas não retidas nos serviços de saúde para os cuidados do HIV circula em torno de 42% dessa população. Dados para o contexto brasileiro são inexistentes. No Brasil, o relatório de monitoramento clínico do HIV do Ministério da Saúde² mostrou um aumento importante do número de pessoas diagnosticadas (de 69% para 84%), vinculadas (de 66% para 79%), retidas (55% para 69%), em tratamento (de 44% para 63%) e com carga viral suprimida (de 38% para 58%) entre 2012 e 2017. Com a inclusão da oferta do tratamento precoce, após a ampliação das indicações de terapia antirretroviral, o número de usuários em tratamento aumentou de 48% em 2013 para 63% em 2017. Entre os usuários em tratamento há mais de seis meses, 91,78% atingiram a supressão viral (carga viral < 1.000 cópias/mL) em 2017^{2,3}.

Conforme o Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos – PCDT⁴, a continuidade do cuidado na infecção pelo HIV precisa, logo após o diagnóstico, vincular o sujeito ao serviço de saúde, ser capaz de entender sua individualidade para *retê-lo* na continuidade de seu tratamento para alcançar uma *boa adesão com supressão viral*. Pessoas aderidas ao tratamento apresentam menor vulnerabilidade a infecções oportunistas, melhor qualidade de vida e expectativa de vida semelhante àquelas das pessoas não infectadas pelo vírus^{4,5}. Nessa condição, compreender o que significa adesão ao tratamento antirretroviral vai além do que define o seguimento ótimo das prescrições médicas. Uma boa adesão deve ser entendida como uma atividade conjunta e uma relação com a equipe, que acolhe a pessoa em sua individualidade, inclui a compreensão e aceitação do diagnóstico, a concordância com o tratamento proposto, e as habilidades do paciente em lidar com sua saúde e cuidar-se. Sendo assim, a adesão ao tratamento é uma condição dinâmica e multideterminada, com a corresponsabilidade do paciente e do profissional, sendo influenciada pelo contexto social e transpassada pela relação de confiança com a equipe de atendimento de saúde⁶⁻⁸.

Estudos prévios^{4,8} têm apontado que tanto fatores biomédicos quanto aspectos cognitivos,

psicológicos e de saúde mental são relevantes para prever uma boa adesão ao tratamento e a qualidade de vida relacionada à saúde. Pesquisas⁹ descrevem que a prevalência dos transtornos mentais entre pessoas infectadas pelo HIV tem uma estimativa de 63% em comparação com 31% na população geral. Portanto, o sofrimento emocional pode impactar o dia a dia da pessoa que vive com HIV e a sua forma de lidar com seu próprio tratamento. Entre as questões de sofrimento psíquico mais comuns estão a depressão e os transtornos ansiosos que se associam ao autocuidado empobrecido, sendo essas pessoas menos prováveis de ficarem retidas nos serviços de saúde^{9,10}.

Outros estudos^{6,8,11-15} sugerem ainda que várias características cognitivas, comportamentais, emocionais e psicológicas são fatores relevantes associados a uma conduta de adesão ao tratamento e autocuidado de saúde. Características que podem ser consideradas negativas (p. ex.: percepção de doença ameaçadora, depressão, estresse) que vulnerabilizam, fragilizam e podem ser preditoras de uma baixa adesão aos cuidados de saúde, e características positivas (p. ex.: resiliência, presença e satisfação com o apoio social), que podem proteger, reforçar e serem preditoras de uma boa adesão aos cuidados de saúde.

A retenção do paciente nos serviços de saúde é a chave principal para o sucesso do cuidado contínuo da pessoa que vive com HIV^{1,3,16,17}. Destaca-se que estratégias centradas no paciente sustentam a continuidade do cuidado para conquistar a supressão viral e que, portanto, o conhecimento dos fatores envolvidos no processo de retenção e adesão deve incrementar o engajamento do próprio paciente no seu cuidado de saúde. Diante desse contexto, o uso de ferramentas capazes de avaliar preditores psicossociais são de extrema relevância para que sejam mapeadas individualmente as vulnerabilidades e fortalezas de cada pessoa, para a identificação precoce de fatores de risco a serem trabalhados e, a partir daí, construídas estratégias e ações personalizadas e eficazes na promoção da retenção ao serviço de saúde e adesão aos cuidados de saúde das pessoas que vivem com HIV.

Considerando a política de assistência à saúde das pessoas vivendo com HIV/AIDS (Síndrome da Imunodeficiência Adquirida) em valorizar estratégias que incrementem a vinculação, retenção e adesão aos cuidados de saúde a presente pesquisa teve como objetivos: (a) identificar as possíveis diferenças de perfis associados às características psicossociais (protetivas e de risco) relacionadas a adesão aos cuidados de saúde no acompanhamento da pessoa com HIV na rede básica de saúde (ambulatório especializado), e (b) estabelecer quais as características estão associadas à categoria de grupo **vinculados/retidos** ou ao grupo de **aderidos** com supressão viral (classificação utilizada nos serviços especializados em HIV/AIDS).

MATERIAIS E MÉTODOS

Contextualização do estudo, delineamento e procedimentos

Estudo de caráter observacional e transversal. A coleta de dados ocorreu entre novembro de 2020 e julho de 2021, incluiu 200 pacientes, sendo 186 deles no Serviço de Assistência Especializada em IST/AIDS Herbert de Souza de Viamão (SAE) e 14 pessoas vivendo com HIV vinculadas à organização não governamental (ONG) colaboradora do serviço especializado.

No Serviço de Assistência Especializada a coleta ocorreu presencialmente. Nesse local, os participantes do estudo foram convidados pelo pesquisador a responder o questionário enquanto aguardavam para atendimento de coleta de exames de controle para a infecção do HIV e/ou para atendimento em consulta com o profissional infectologista. Naquele momento eram dadas informações sobre o estudo e após a concordância voluntária, os participantes foram encaminhados a uma sala individualmente, onde se sentaram frente a um computador ou *tablet* para responder ao protocolo de pesquisa apresentado digitalmente via Plataforma *Survey Monkey*. Antes de iniciar o protocolo, os participantes assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido e, somente então, iniciaram o protocolo de avaliação com os questionários em meio digital.

Para os participantes vinculados à organização não governamental (ONG), convidados pela

pesquisadora junto ao SAE, estes responderam o mesmo protocolo digitalmente, a distância, através do link de acesso da Plataforma *Survey Monkey*, e receberam as mesmas instruções que os participantes do SAE.

Aspectos éticos

O projeto foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa do Instituto de Psicologia da Universidade Federal do Rio Grande do Sul (CAAE: 34087020.3.0000.5334). Todos os participantes assinaram digitalmente o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

Instrumentos

Questionário de dados sociodemográficos e clínicos

Os dados sociodemográficos e clínicos foram coletados por meio de um questionário de perguntas incluídas no final do protocolo de avaliação. As informações colhidas incluíram idade, gênero, orientação sexual e situação conjugal, raça/cor, escolaridade e situação laboral, consumo de substâncias psicoativas (álcool, tabaco e outras), prática religiosa (sim/não), tempo de diagnóstico (anos), local de tratamento, histórico de abandono (sim/não), uso de medicação antirretroviral (sim/não), carga viral indetectável (carga viral < 50 cópias/mL) (sim/não). Os dados referentes ao tempo de diagnóstico, histórico de abandono, uso de medicação antirretroviral, e carga viral indetectável (carga viral < 50 cópias/mL) foram contrastados com a informação do prontuário médico pelos pesquisadores.

Screenphiv (*Screening measure for psychological issues related HIV infection*)

O Screenphiv (*Screening measure for psychological issues related HIV infection*, no original, e tradução livre para o português: Medida de rastreio de aspectos psicológicos relacionados com a infecção pelo HIV), é um instrumento para avaliação de fatores psicossociais protetivos e de risco relacionados ao bem-estar e qualidade de vida de pessoas com HIV, desenvolvido na Espanha em um contexto multicêntrico. A medida foi construída utilizando uma metodologia centrada no paciente, a partir do método qualitativo de grupos focais, uma revisão ampla da literatura sobre preditores psicossociais de bem-estar e qualidade de vida associada ao HIV, definição dos construtos a avaliar, geração de itens, avaliação dos itens por juízes – profissionais e pacientes, e um estudo piloto¹⁸. E completada com um estudo psicométrico com a participação de 744 pessoas vivendo com HIV, com idades entre 18 e 83 anos, homens e mulheres¹⁴. O Screenphiv é composto por 63 itens agrupados em 23 facetas e formato de resposta com uma escala de tipo EVA (Escala Visual Analógica) de 0 a 100. A estrutura do instrumento é composta por seis fatores associados: F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV [risco]; F2 – Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo [protetivo]; F3 – Mudança cognitiva relacionada ao HIV (reavaliação positiva) [protetivo]; F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva a apoio social [protetivo]; F5 – Percepção de rejeição relacionada ao HIV e enfrentamento de evitação [risco]; F6 – Experiência pessoal de rejeição [risco], e distribuídos em duas dimensões - proteção e risco. O estudo original apresentando o instrumento, descreveu adequados indicadores de confiabilidade e a estrutura de seis fatores e duas dimensões (fatores de segunda ordem) representando fatores de risco e fatores de proteção, foi confirmada com AFC — Análise Fatorial Confirmatória¹⁴. Tradução e adaptação do Instrumento Screenphiv para a uso no Brasil: o procedimento de tradução e adaptação do Screenphiv para uso no Brasil atendeu as diretrizes da literatura especializada, sendo realizada as seguintes etapas: (a) Tradução do instrumento original em espanhol para o português falado no Brasil (com três tradutores independentes); (b) Reconciliação (Reconciliation), síntese e consenso das três versões traduzidas; (c) Tradução reversa (Back-translation) por um tradutor independente; (d) Avaliação do instrumento pelo público-alvo; (e) Harmonização (Harmonization), reunião de consenso sobre todo o processo, revisão

das diferentes versões e ajustes finais; (f) Estudo piloto (entrevista cognitiva) com oito pacientes; e (g) Avaliação preliminar das propriedades psicométricas do instrumento (confiabilidade, evidências de validade [critérios externos relevantes: VAS-Adherence, WHO-5])¹⁹. Os indicadores de confiabilidade do Screenphiv para o presente estudo são apresentados na seção de resultados (ver Tabela 2).

Plano de análise e técnicas estatísticas empregadas

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

O estudo da confiabilidade do Screenphiv foi realizado pelo coeficiente ômega (Ω) de McDonald²⁰, através do Programa Estatístico R versão 3.3.1. Como critério de classificação, os valores considerados aceitáveis são entre 0,600 e 0,950 (20).

As comparações entre grupos utilizaram estatísticas não paramétrica (Teste Mann Whitney) ou paramétrica (Teste t de Student para grupos independentes) em função do cumprimento dos pressupostos estatísticos.

Para verificar a capacidade dos fatores Screenphiv em classificar os participantes do estudo nos grupos: **vinculados/retidos** (participantes com respostas SIM ou NÃO para uso de antirretrovirais e NÃO para carga viral indetectável) versus **aderidos com supressão viral** (participantes com respostas SIM para uso de antirretrovirais e SIM para carga viral indetectável [< 50 cópias/mL]), foi empregada a técnica de Análise Discriminante.

RESULTADOS

Participaram do estudo 200 pessoas com idades entre 18 a 83 anos, sendo 66,0% mulheres cisgênero ($n=124$), 55,3% pessoas autodeclaradas brancas ($n=104$) e 30,8% empregadas ($n=58$).

O tempo médio de diagnóstico do HIV foi de 10,7 anos, onde 97,9% ($n=184$) da amostra faz uso de antirretrovirais e 82,4% ($n=155$) dos casos apresenta carga viral indetectável (carga viral < 50 cópias/mL). Um 34,6% ($n=65$) dos participantes informou ter abandonado a medicação para o HIV em algum momento do tratamento.

A Tabela 1 apresenta em detalhe a descrição sociodemográfica e clínica da amostra.

Tabela 1. Descrição do perfil sociodemográfico e clínico dos participantes do estudo. Rio Grande do Sul, Brasil, 2020-2021.

Variáveis	Amostra (n=200) [#]	
	n	%
Idade (anos)*		
Média ± desvio padrão (amplitude)	44,5±13,7 (18 — 83)	
Mediana (1 ^o -3 ^o quartil)	45,0 (34,0 — 55,0)	
Melhor opção que define sua identidade de gênero*		
Mulher cisgênero	124	66,0
Mulher trans	3	1,6
Homem cisgênero	61	32,4
Homem trans	0	0
Orientação sexual*		
Heterossexual	159	84,6
Homossexual	21	11,2
Bissexual	5	2,7
Não sabe	3	1,6
Anos que frequentou a escola*		
1 a 3 anos de escolaridade	11	5,9
4 a 6 anos de escolaridade	32	17,0
7 a 9 anos de escolaridade	36	19,1
10 a 12 anos de escolaridade	48	25,5
Ensino técnico completo	26	13,8
Ensino superior incompleto	19	10,1
Ensino superior completo	14	7,4
Pós-graduação	2	1,1
Raça/cor que se identifica*		
Preta	40	21,3
Branca	104	55,3
Parda	38	20,2
Outra	6	3,3
Situação laboral*		
Empregado	58	30,8
Desempregado	53	28,2
Autônomo	34	18,1
Benefício social	31	16,5
Outro	12	6,4
Situação conjugal*		
Sozinho/a	90	47,9
Com parceiro/a fixo/a	92	48,9
Sem parceiro/a fixo/a	6	3,2
Tempo de diagnóstico do HIV* (anos)		
Média ± desvio padrão (amplitude)	10,7±7,7 (1 — 31)	
Mediana (1 ^o -3 ^o quartil)	10,0 (4,0 — 17,0)	
Uso de antirretroviral*		
Sim	184	97,9
Não	4	2,1
Em algum momento abandonou o tratamento para o HIV*		
Sim	65	34,6
Não	123	65,4
Atualmente a carga viral está indetectável (carga viral < 50 cópias/mL)		
Sim	155	82,4
Não	33	17,6

Percentuais obtidos com base no total de respostas válidas.

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

Descrição dos Fatores Psicossociais Protetivos e de Risco Relacionados ao Bem-Estar e Qualidade de Vida de Pessoas com HIV e Confiabilidade do Instrumento

Na Tabela 2 é apresentada a informação sobre os dados descritivos (média, DP, mediana, quartis) para os escores do instrumento Screenphiv incluindo as facetas, fatores e dimensões. Verificou-se

que as médias da dimensão de proteção foi superior às de risco. Foram mais elevados os escores no F4 — Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social (M=75,7; DP=21,0), F3 — Mudança cognitiva relacionada ao HIV [reavaliação positiva] (M=73,1; DP=25,2) e F2 — Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo (M=69,7; DP=19,8), todos representando a dimensão de proteção (M=72,0; DP=18,9). Em relação à dimensão de risco (M=43,2; DP=20,5), a média mais elevada ocorreu no F5 — Percepção de rejeição relacionada ao HIV e enfrentamento de evitação (M=65,0; DP=24,0) e a menor no F6 — Experiência pessoal de rejeição (M=34,6; DP=24,5).

No que se refere a confiabilidade do instrumento Screenphiv apresentada na Tabela 2, e medidos através do coeficiente ômega (Ω) de McDonald, para os dados do presente estudo, todas as estimativas se mostraram aceitáveis ($\Omega \geq 0,600$), indicando não haver comprometimento da consistência interna.

Tabela 2. Screenphiv: Descritivos dos escores e confiabilidade (N = 200). Rio Grande do Sul, Brasil, 2020-2021. Situação de controle da doença (Carga Viral) e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV.

SCREENPHIV# Dimensões/ Fatores (F1, F2, F3, F4, F5 e F6) e Facetas	Estimativas					Ômega (Ω) de McDonald
	Média	Desvio padrão	Mediana	Quartil		
				1°	3°	
Dimensão de Risco (Fator 1, Fator 5, Fator 6)	43,2	20,5	42,3	25,9	59,4	0,684
Fator 1 - Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	40,1	23,7	37,7	19,6	58,9	0,777
F1 Satisfação com a atividade sexual	40,3	35,7	31,7	5,4	69,8	
F1 Estigma internalizado	34,7	33,3	27,8	1,8	63,3	
F1 Estresse relacionado ao HIV	41,0	34,7	35,0	5,8	70,7	
F1 Ânimo depressivo relacionado ao HIV	35,7	31,6	32,5	4,0	59,0	
F1 Solidão emocional	33,9	32,4	30,7	1,0	62,2	
F1 Preocupações Econômicas	30,1	33,4	17,2	1,0	50,7	
F1 Representação da doença HIV	65,1	24,9	66,7	53,7	83,3	
Fator 5 - Percepção de rejeição relacionada ao HIV e enfrentamento de evitação	65,0	24,0	64,8	49,7	84,5	0,633
F5 Enfrentamento de evitação	72,0	27,9	80,0	51,5	95,0	
F5 Estigma declarado/ percepção de rejeição no contexto	81,1	26,7	92,8	75,0	100,0	
Fator 6 - Experiência pessoal de rejeição	34,6	24,5	30,6	17,3	52,0	0,644
F6 Imagem corporal — desfiguração	38,2	29,1	33,8	13,5	63,0	
F6 Estigma — experiência pessoal de rejeição	29,1	32,3	18,8	0,1	50,0	
Dimensão de Proteção (Fator 2, Fator 3, Fator 4)	72,0	18,9	77,6	59,2	87,3	0,787
Fator 2 - Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo	69,7	19,8	73,0	57,9	84,6	0,791
F2 Comportamento saudável	56,2	30,9	54,7	31,7	86,7	
F2 Imagem corporal — satisfação	66,4	33,1	80,3	41,5	95,0	
F2 Conhecimento da doença	69,5	27,9	77,3	53,9	93,3	
F2 Enfrentamento de resolução de problemas	77,3	27,1	87,8	66,4	97,9	
F2 Autonomia pessoal	80,0	24,4	90,5	67,4	100,0	
F2 Autoestima	71,9	27,9	80,0	51,5	95,0	
Fator 3 - Mudança cognitiva relacionada ao HIV [reavaliação positiva]	73,1	25,2	81,9	55,1	93,8	0,858
F3 Reavaliação positiva	71,1	32,8	88,3	49,8	99,0	
F3 Otimismo	77,9	28,5	92,0	59,3	100,0	
F3 Significado pessoal	71,3	26,9	76,2	56,7	96,1	
F3 Mudança de valores pessoais	73,5	30,1	86,7	54,7	98,9	
Fator 4 - Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social	75,7	21,0	83,3	62,3	92,4	0,794
F4 Apoio social	74,1	26,7	83,5	57,8	96,3	
F4 Ativismo relacionado ao HIV	23,3	33,3	1,7	0,0	39,9	

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

Situação de controle da doença (Carga Viral) e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV

Quando os escores do Screenphiv foram comparados considerando a situação da carga viral (ver Tabela 3), ocorreu diferença estatisticamente significativa no F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV, apontando escores mais elevados no grupo que **não** possuía carga viral indetectável, o que sugere que os estados de ânimo negativos podem contribuir para pior controle da doença, via pobre cumprimento do tratamento. Na Dimensão de Risco como um todo, houve diferença significativa, que também mostrou escores mais elevados sobre os casos que **não** tinham carga viral indetectável.

A Dimensão de Proteção também apresentou diferença estatística significativa em relação à carga viral, onde os casos com carga viral indetectável (< 50 cópias/mL) concentraram escores mais elevados, sugerindo haver uma relação de dependência entre essas variáveis. Resultados significativos se estenderam a todos os fatores da dimensão proteção, analisados individualmente conforme consta na Tabela 3.

A situação da carga viral também foi comparada ao tempo de diagnóstico e a idade. Observou-se que os participantes com a carga viral indetectável apresentaram maior idade e tempo de infecção que aqueles que não atingiram esta condição.

Tabela 3. Situação da carga viral e sua relação com fatores psicológicos de risco e proteção relacionados ao HIV, idade e tempo de diagnóstico. Rio Grande do Sul, Brasil, 2020-2021.

Screenphiv e outras variáveis	Carga Viral Indetectável (< 50 cópias/mL)						U	p-valor [#]
	Sim (n=155)			Não (n=33)				
	Média	DP	Mediana	Média	DP	Mediana		
Dimensão de Risco	41,6	20,5	40,8	51,4	18,4	58,1	-2,671	0,008
F1 Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	38,1	23,6	76,1	51,0	21,9	58,6	-2,917	<0,001
F5 Percepção de rejeição relacionada ao HIV e enfrentamento de evitação	64,2	23,7	63,0	70,4	22,3	72,6	-1,327	0,185
F6 Experiência pessoal de rejeição	33,9	24,6	30,0	34,3	24,5	30,2	-0,296	0,767
Dimensão de Proteção	75,1	16,0	79,3	60,5	21,4	63,3	-3,678	<0,001
F2 Atitude crescimento pessoal e enfrentamento positivo	73,1	17,0	35,2	56,6	22,1	54,0	-3,962	0,004
F3 Mudança cognitiva relacionada ao HIV [reavaliação positiva]	75,8	22,6	83,6	63,3	31,0	60,9	-1,831	0,038
F4 Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social	78,6	18,6	84,2	65,0	21,5	62,7	-3,429	0,001
Idade*	45,6	13,9	46,0	39,6	11,6	39,0	-2,240	0,025
Tempo diagnóstico (em anos)	11,6	7,7	11,0	6,3	5,9	4,0	-3,844	0,004

Teste Mann Whitney; *Teste t-Student para grupos independentes.

Classificação aos grupos vinculados/retidos versus aderidos com supressão viral a partir dos escores do Screenphiv

Para verificar-se a capacidade dos fatores Screenphiv em classificar os participantes do estudo nos diferentes grupos de vinculados/retidos *versus* aderidos com supressão viral, foi empregada a técnica de análise discriminante, utilizando como critério de classificação uma variável tipo *composite* (agrupação das variáveis: uso de antirretrovirais: sim/não e carga viral indetectável: sim/não). O grupo **vinculados/retidos** contém participantes com respostas SIM ou NÃO para uso de antirretrovirais e NÃO para carga viral indetectável. O grupo **aderidos** contém participantes com respostas SIM para uso de antirretrovirais e SIM para carga viral indetectável.

Verificou-se inicialmente, pelo teste de M de Box (*Box's M*), que os dados apresentaram sustentação para aplicação da técnica, onde o seu resultado não significativo (*Box's M* = 23,745; $p=0,393$) apontou que nos dois grupos — vinculados/retidos *versus* aderidos — as variâncias mostraram-se estatisticamente semelhantes, indicando que dentro de cada grupo a variabilidade não diferia de forma significativa sugerindo que os grupos estão coesos.

Na identificação de quais fatores mostraram-se importantes para diferenciar os grupos vinculados/retidos *versus* aderidos, verificou-se pela estatística *Lambda* de *Wilks* que os fatores F2 – Atitude de crescimento pessoal/enfrentamento positivo e F4 – Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva/apoio social da Dimensão de Proteção, foram aqueles que apresentaram a maior eficiência em discriminar os dois grupos, quando comparados aos demais fatores (ver Tabela 4).

Em relação à relevância do poder discriminatório da função, a estimativa para o autovalor foi significativa (*Eigenvalue* = 0,164; *Lambda* de *Wilks* = 0,859; $p<0,001$), indicando que os fatores de cada dimensão conseguiram discriminar, de forma representativa, a classificação da *composite* vinculados/retidos *versus* aderidos. De acordo com as correlações apontadas pela Matriz de Estruturas (Tabela 4), o F2 — Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo (0,81) mostrou-se como o mais importante para discriminar os grupos da *composite*, seguido dos fatores F4 — Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social (0,65) da Dimensão de Proteção e F1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV (-0,48) dentro da Dimensão de Risco, caracterizando a diferença entre os dois grupos. E os coeficientes de funções discriminantes padronizados descritos na Tabela 4 indicam a importância relativa das variáveis preditoras sobre a variável critério.

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

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

Tabela 4. Parâmetros para o modelo de função discriminante para classificar a *composite* pelos fatores Screenshiv. Rio Grande do Sul, Brasil, 2020-2021.

Fatores	Testes de igualdade de médias de grupo		Coeficientes de funções discriminantes canônicas padronizados	Matriz de estruturas
	Lambda de Wilks	Sig.		
F1 - Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV	0,96	0,009	-0,37	-0,48
F2 - Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo	0,90	0,000	0,67	0,81
F3 - Mudança cognitiva relacionada ao HIV [avaliação positiva]	0,97	0,013	-0,04	0,45
F4 - Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social	0,94	0,000	0,36	0,65
F5 – Percepção de rejeição relacionada ao HIV e enfrentamento de evitação	0,99	0,236	-0,28	-0,22
F6 - Experiência pessoal de rejeição	1,00	1,000	0,43	0,00

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

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

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

DISCUSSÃO

Entre os achados interessantes deste estudo está a possibilidade de identificar perfis que representam características associadas a dificuldades no seguimento dos cuidados de saúde no ambulatório. Por exemplo, a experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV (F1 da Dimensão de Risco do Screenphiv) se associou com uma carga viral não controlada (suprimida), permitindo hipotetizar que o sofrimento psíquico impacta na atitude do paciente em manter a tomada de medicamentos antirretrovirais conforme a prescrição e, conseqüentemente, dificultando o alcance de uma carga viral indetectável. Esse parece ser o fator de risco mais importante, e barreira para o controle da carga viral.

Na experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV, observamos uma série de indicadores que corroboram e permitem detectar esta experiência: o estigma internalizado, o estresse com a doença, ânimo depressivo, solidão emocional, insatisfação com a atividade sexual, preocupações econômicas e a representação (consciência) da doença. Os resultados observados apoiam pesquisas prévias^{9,10} que apontam que, entre os transtornos mentais que acometem a pessoa que vive com HIV, o transtorno depressivo e os transtornos ansiosos são os mais frequentes e são dificultadores da condição de adesão ótima e da manutenção do autocuidado ao próprio tratamento. A presença de sofrimento emocional tem sido associada a faltas às consultas e a falha terapêutica, tornando mais difícil para a pessoa manter regular o controle da doença com a manutenção da carga viral em níveis indetectáveis. Este estado psicológico é frequentemente associado com a existência de crenças negativas relacionadas à doença e a sentimentos de desesperança que prejudicam a motivação para o autocuidado de saúde, a habilidade de lidar com as demandas geradas pelo tratamento e contribui negativamente para a adesão à terapia antirretroviral^{11,13}.

Na mesma linha, o Protocolo Clínico de Diretrizes Terapêuticas para o Manejo da Infecção pelo HIV⁴ indica que as pessoas com HIV em condição de sofrimento emocional são menos prováveis de ficarem retidas nos serviços especializados de saúde. Diante disso, o diagnóstico e tratamento precoce do sofrimento psíquico é fundamental para garantir o controle da doença e a qualidade de vida da pessoa que vive com HIV.

Por outro lado, no presente estudo, observou-se que os resultados de bom autocuidado, resultante em carga viral indetectável (< 50 cópias/mL), estavam relacionados a comportamentos, atitudes e percepções protetivas representadas na Dimensão de Proteção do Screenphiv (p. ex., atitude de crescimento pessoal frente à doença, reinterpretação cognitiva da condição de HIV+, enfrentamento com foco na ação coletiva e busca de apoio social) corroborando a ideia de que estas contribuem favoravelmente para a superação das barreiras para o tratamento, instauração do autocuidado e a tomada de medicamentos de forma adequada e ótima para o êxito do tratamento.

Quando se adota uma perspectiva de descentralização para a atenção básica de saúde, do acompanhamento clínico de pacientes infectados pelo HIV acompanhados em serviço especializado, deve-se levar em conta a utilização de diferentes instrumentos para a avaliação e tomada de decisão que possam qualificar o cuidado da pessoa que vive com HIV. Os recursos abrangidos nesse cuidado devem ser otimizados para garantir o maior acesso e a continuidade de tratamento dessas pessoas ao seu cuidado de saúde. Marcadores biomédicos são necessários para ações preventivas de agravos e adoecimentos que possam ser evitados ou, pelo menos, tratados precocemente, evitando a gravidade do caso. Dessa mesma forma, também deve ser considerado disponibilizar de marcadores psicossociais que auxiliem a investir com mais segurança e argumentos para o cuidado dessas pessoas que vivem com uma doença crônica como o HIV. Se trata de proteger aqueles pacientes que ainda não desenvolveram habilidades de autocuidado com a saúde, e que permitam manter o controle da doença, mantendo-os em um serviço especializado com uma equipe especialmente sensível para as demandas específicas da infecção pelo HIV.

Diante disso, nesta pesquisa foram identificados fatores psicossociais capazes de discriminar os participantes em grupos de vinculados/retidos *versus* aderidos com supressão viral. Por meio

da técnica estatística, análise discriminante, onde o instrumento Screenphiv apresentou elevada capacidade de diferenciar esses grupos. Observou-se que a Dimensão de Proteção, principalmente representada pelos fatores 2 e 4 (Atitude de crescimento pessoal e enfrentamento positivo, e Enfrentamento ativo com foco na ação coletiva e apoio social, respectivamente) e, na Dimensão de Risco, o Fator-1 – Experiência de sofrimento emocional relacionado ao HIV, estabeleceram maior impacto na separação desses grupos. Estes resultados complementam estudos prévios^{6,8,15} que sustentam que características cognitivas, comportamentais, emocionais e psicológicas são elementos relevantes a serem considerados para uma conduta de autocuidado e boa adesão ao tratamento.

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

Os achados apresentados na presente pesquisa demonstraram a importância de aprofundar a compreensão dos aspectos psicossociais preditivos envolvidos em uma adesão bem-sucedida no tratamento para a infecção pelo HIV. Os fatores psicossociais podem ser protetivos e facilitadores do autocuidado das pessoas, ou também podem colocar em risco o êxito de um tratamento.

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

Para além do conhecimento de marcadores de carga viral, retirada de medicamentos, avaliação clínica, propõe-se a avaliação com o Screenphiv como um apoio adicional na identificação de pacientes que, por exemplo, com escores elevados na Dimensão de Risco e seus fatores, provavelmente requerem permanência no acompanhamento pela equipe do ambulatório especializado, pois seu vínculo com o sistema de saúde é ainda frágil e devem ser investidas ações e estratégias para retê-los aos cuidados de saúde até que possam atingir níveis ótimos de adesão.

CONCLUSÃO

Os fatores psicossociais de risco e proteção são relevantes na compreensão do autocuidado e comportamentos de adesão em saúde relacionados ao HIV. Esses resultados apontam a importância de investirmos na construção de estratégias de empoderamento dos pacientes que possam reforçar condutas gerais de autocuidado com a saúde, manejo de estresse, reavaliação da sua condição de HIV-positivo, construção e fortalecimento de redes de apoio social e ação coletiva, como suporte amplo à pessoa que vive com a infecção do HIV.

Agradecimento

Ao Serviço de Assistência Especializado em IST/AIDS Herbert de Souza, Secretaria Municipal de Saúde de Viamão, Rio Grande do Sul.

Financiamento

Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq – ref. 302850/2017-1; 313308/2021-7).

Contribuição dos autores

KMR: Participou da concepção, coleta de dados e redação inicial do trabalho.

ER: Participou da concepção, planejamento, análise, interpretação, redação e revisão crítica do trabalho.

Conflito de interesse

Os autores declaram não haver conflito de interesses.

REFERÊNCIAS

1. Blanco N, Lavoie MC, Koech E, Riedel DJ, Ngeno C, Adebajo S, et al. Re-Engagement into HIV Care: A Systematic Review. *AIDS Behav.* 2022 Jan;26(1):132-146. doi: 10.1007/s10461-021-03365-y
2. Ministério da Saúde. (2018a). Relatório de monitoramento clínico do HIV. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis do HIV/AIDS e das Hepatites Virais, Secretaria de Vigilância em Saúde. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.
3. Loch AP, Caraciolo JM de M, Rocha SQ, Fonsi M, Souza R de A, Gianna MC, et al. Intervenção para a implementação do monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. *Cad Saúde Pública.* 2020; 36(5): e00136219. <https://doi.org/10.1590/0102-311X00136219>
4. Ministério da Saúde, Brasil. (2018b). Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos. Secretaria de Vigilância em Saúde, Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais. Brasília: Ministério da Saúde. 2018.
5. Fumaz CR, Larrañaga-Eguilegor M, Mayordomo-López S, Gómez-Martínez S, González-García M, Ornellas A, et al. Health-related quality of life of people living with HIV infection in Spain: a gender perspective. *AIDS Care.* 2019; 31(12):1509–17. <https://doi.org/10.1080/09540121.2019.1597959>
6. Carvalho PP, Barroso SM, Coelho HC, Penaforte FR de O. Fatores associados à adesão à Terapia Antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciênc saúde coletiva.* 2019; 24(7):2543–55. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>
7. Polejack L, Seidl EMF. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Ciênc saúde coletiva.* 2010; 15(supl 1):1201–8. <https://doi.org/10.1590/S1413-81232010000700029>
8. Seidl EMF, Remor E. Adesão ao Tratamento, Resiliência e Percepção de Doença em Pessoas com HIV. *Psic: Teor e Pesq.* 2020;36: e36nspe6. <https://dx.doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>.
9. Byrd KK, Hardnett F, Hou JG, Clay PG, Suzuki S, Camp NM, et al. Improvements in retention in care and HIV viral suppression among persons with HIV and comorbid mental health conditions: patient-centered HIV care model. *AIDS Behav.* 2020; 24(12):3522–32. <https://doi.org/10.1007/s10461-020-02913-2>
10. Bassett SM, Schuette SA, O'Dwyer LC, Moskowitz JT. Positive affect and medication adherence in chronic conditions: A systematic review. *Health Psychology.* 2019; 38(11):960–74. <https://doi.org/10.1037/hea0000778>
11. Calvetti PÜ, Giovelli GRM, Gauer GJC, Moraes JFD de. Psychosocial factors associated with adherence to treatment and quality of life in people living with HIV/AIDS in Brazil. *J bras psiquiatr.* 2014;63(1):8–15. <https://doi.org/10.1590/0047-2085000000002>

12. Castrighini C de C, Reis RK, Neves LA de S, Brunini S, Canini SRM da S, Gir E. Avaliação da autoestima em pessoas vivendo com HIV/AIDS no município de Ribeirão Preto-SP. *Texto contexto - enferm.* 2013; 22(4):1049–55. <https://doi.org/10.1590/S0104-07072013000400022>
13. Medeiros B, Silva J da, Saldanha AAW. Determinantes biopsicossociais que predizem qualidade de vida em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Estud psicol (Natal).* 2013;18(4):543–50. <https://doi.org/10.1590/S1413-294X2013000400001>
14. Remor E, Fuster-RuizdeApodaca MJ, Ballester-Arnal R, Gómez-Martínez S, Fumaz CR, González-García M, et al. Field psychometric testing of the instrument for assessment of psychological predictors of well-being and quality of life in people with HIV or Aids. *AIDS Behav.* 2016; 20(6):1360–9. <https://doi.org/10.1007/s10461-015-1253-1>
15. Remor E, Penedo FJ, Shen BJ, Schneiderman N. Perceived stress is associated with CD4+ cell decline in men and women living with HIV/AIDS in Spain. *AIDS Care.* 2007;19(2):215–9. <https://doi.org/10.1080/09540120600645570>
16. Rodrigues M, Maksud I. Abandono de tratamento: itinerários terapêuticos de pacientes com HIV/Aids. *Saúde debate.* 2017; 41(113):526–38. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201711314>
17. Silva M, Dias FA, Testoni CF, Höfelmann DA, Rattmann YD. Sociodemographic and pharmacoepidemiological profile of people on antiretroviral therapy in the coast of the state of Parana. *Acta Sci Health Sci.* 2022;44: e56764. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v44i1.56764>
18. Remor E, Fuster MJ, Ballester-Arnal R, Gomez-Martinez S, Fumaz CR, Gonzalez-Garcia M, et al. Development of a new instrument for the assessment of psychological predictors of well-being and quality of life in people with HIV or Aids. *AIDS Behav.* 2012; 16(8):2414–23. <https://doi.org/10.1007/s10461-012-0230-1>
19. Remor E. *Screenphiv (Screening measure for psychological issues related HIV infection): Relatório técnico do estudo de adaptação e propriedades psicométricas.* Porto Alegre. Programa de Pós-Graduação em Psicologia – UFRGS. No. 1; 2021.
20. McDonald RP. *Test Theory: A Unified Treatment* (1st ed.). Psychology Press; 1999. <https://doi.org/10.4324/9781410601087>