

UFRRJ
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO - IE
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO - PROPPG
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI

DISSERTAÇÃO

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS: ASSOCIAÇÃO COM PERCEPÇÃO DE
DOENÇA, ESTRATÉGIAS DE *COPING* E ADESÃO À MEDICAÇÃO**

Taiana Gomes Lima

Seropédica, RJ

2021



**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA – PPGPSI**

**RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS
VIVENDO COM HIV/AIDS: ASSOCIAÇÃO COM PERCEPÇÃO DE
DOENÇA, ESTRATÉGIAS DE *COPING* E ADESÃO À MEDICAÇÃO**

TAIANA GOMES LIMA

Sob a orientação da Professora
Dr^a. Lilian Maria Borges Gonzalez
e Coorientação da Professora
Dr^a. Fernanda Martins Pereira Hildebrandt

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de **Mestre em Psicologia**, no programa de Pós-Graduação em Psicologia. Área de Concentração em Psicologia.

Seropédica, RJ
2021

Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Biblioteca Central / Seção de processamento Técnico

“O presente trabalho foi realizado com apoio da Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) – Código de Financiamento 001.

This study was financed in part by the Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior – Brasil (CAPES) –Finance Code 001”

Ficha catalográfica elaborada
com os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

L732r Lima, Taiana Gomes, 1993-
RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM PESSOAS VIVENDO
COM HIV/AIDS: ASSOCIAÇÃO COM PERCEPÇÃO DE DOENÇA,
ESTRATÉGIAS DE COPING E ADESÃO À MEDICAÇÃO / Taiana
Gomes Lima. - Seropedica, 2021.
101 f.

Orientador: Lilian Maria Borges Gonzalez.
Coorientador: Fernanda Martins Pereira
Hildebrandt.
Dissertação (Mestrado). -- Universidade Federal
Rural do Rio de Janeiro, PPGPSI, 2021.

1. HIV. 2. Aids. 3. Religiosidade. 4.
Espiritualidade. 5. Variáveis Psicológicas. I.
Gonzalez, Lilian Maria Borges, ---, orient. II.
Hildebrandt, Fernanda Martins Pereira, ---,
coorient. III Universidade Federal Rural do Rio de
Janeiro. PPGPSI. IV. Título.

**UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
INSTITUTO DE EDUCAÇÃO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA**

TAIANA GOMES LIMA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 04/02/2021

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Profa. Dra Lilian Maria Borges Gonzalez - UFRRJ

(Orientadora, Presidente da Banca)

Profa. Dra. Emmy Uehara Pires – UFRRJ

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl – UnB

DEDICATÓRIA

Dedico esta tese de mestrado a todos os pacientes do Ambulatório de Doenças Infectocontagiosas que superaram grandes desafios advindos do adoecimento de HIV/Aids e, aceitaram, gentilmente participar desse estudo, compartilhando suas vivências frente a soropositividade. Sem vocês nada disso seria possível. Gratidão!

AGRADECIMENTOS

À Deus, pela honra de ser agraciada com bênçãos superiores as que verdadeiramente mereço.

Aos meus pais, Carlos da Conceição Lima e Sheila da Silva Gomes Lima, meus primeiros e eternos incentivadores. Grata por serem para mim fonte inesgotável de afeto e suporte social.

Ao meu namorado Wallace Maia Rodrigues, por seu companheirismo e compreensão diante das minhas ausências durante a realização dessa pesquisa.

Ao meu amado sobrinho Pedro Henrique Esteves Gomes, pela companhia durante as madrugadas necessária para a conclusão desse estudo. Você é fonte de energia inesgotável de amor e motivação.

À minha querida orientadora, Profa. Dra. Lilian Maria Borges Gonzalez, por acreditar desde o início nesse projeto e, principalmente, por me conduzir de forma tão gentil, amorosa e delicada durante o meu amadurecimento científico. Sem a sua leveza e simplicidade não seria possível chegar até aqui.

À minha amada coorientadora, Profa. Dra. Fernanda Martins Pereira Hildebrandt, por me ensinar a acreditar na potência dos profissionais inseridos na área da saúde pública e, principalmente pelo reforço diário a seguir em frente independente dos obstáculos.

Aos meus companheiros de mestrado, Ray Roberto Andrade Nascimento e Laiza Ellen Gois Sousa, pela linda trajetória que trilhamos juntos durante esses dois anos.

À minha eterna gratidão aos profissionais do Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias do HUPE, especialmente Dra. Giovanna Ianini Ferraiuoli Barbosa e Dra. Dirce Bonfim de Lima que em meio a mudanças e restrições acarretadas pelo COVID-19, me incentivaram a prosseguir com a pesquisa, autorizando a realização da coleta de dados.

Aos queridos pacientes que se dispuseram voluntariamente a participar da pesquisa e tornaram possível a realização desse trabalho.

Às professoras, Emmy Uehara Pires e Eliane Maria Fleury Seidl, que aceitaram gentilmente compor a banca examinadora dessa dissertação.

Ao mestre, Helymar da Costa Machado pelo suporte e auxílio integral durante as análises estatísticas realizadas durante o trabalho.

EPÍGRAFE

“Pois aquilo a que você se apegar e naquilo em que seu coração confia, isso, digo, é propriamente seu Deus” (Lutero, 1529/200, p. 334).

RESUMO

LIMA, Taiana Gomes. **Religiosidade e espiritualidade em pessoas vivendo com HIV/Aids: associação com percepção de doença, estratégias de coping e adesão à medicação.** 101p Dissertação (Mestrado em Psicologia). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2021.

A influência da religiosidade/espiritualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids sobre suas crenças de ameaça à saúde, modos de *coping* e adesão à terapia antirretroviral ainda é pouco conhecida e necessita, portanto, de maior investigação. Desse modo, o objetivo geral dessa pesquisa, de delineamento do tipo transversal e correlacional, foi analisar as associações entre as vivências e práticas religiosas/espirituais e as estratégias de *coping* religioso/espiritual de indivíduos soropositivos, bem como entre estas e medidas de percepção de doença, de adesão à medicação antirretroviral e de estado emocional. Participaram do estudo 101 usuários com diagnóstico de HIV/Aids que estavam sendo acompanhados em serviço de atendimento ambulatorial de um hospital universitário. Os participantes responderam aos seguintes instrumentos: Questionário Sociodemográfico e Médico-Clínico, Escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-HIV), Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief IPQ*), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Escala de *Coping* Religioso Espiritual Abreviada (CRE-Breve). Para avaliar a relação entre as variáveis em estudo, foi utilizado o programa *Statistical Package for the Social Sciences* versão 24, com emprego dos testes exato de Fisher e de Qui-Quadrado. As análises de correlação mostraram que as dimensões de religiosidade se associaram significativa e positivamente às estratégias de *coping* religioso espiritual positivo ($p < 0,01$). Observou-se ainda uma associação positiva entre os níveis de ansiedade e depressão e o uso de estratégias de *coping* religioso espiritual negativo ($p < 0,01$), incluindo delegação da resolução de problemas à Deus. A adesão à terapia antirretroviral mostrou-se associada negativamente à percepção de doença e ao estado emocional ($p < 0,01$). Por outro lado, foram encontradas associações, mas não significativas, do *coping* religioso espiritual com adesão ao tratamento e com percepção de doença. Os resultados ressaltaram o papel importante de fatores religiosos/espirituais frente a adversidades relacionadas à vivência de HIV/Aids e evidenciaram a influência destes fatores no estado de humor dos participantes, bem como indicaram que uma maior adesão ao esquema medicamentoso está associada a menor percepção de ameaça à saúde e a menor frequência de sintomas ansiosos. Ressalta-se a necessidade de mais pesquisas que possam embasar o planejamento de intervenções para melhoria da qualidade de vida de pessoas que apresentam essa condição crônica.

Palavras-chave: HIV; Aids; Religiosidade; Espiritualidade; Variáveis psicológicas.

ABSTRACT

LIMA, Taiana Gomes. **Religiosity and spirituality in people living with HIV/Aids: association with disease perception, coping strategies and medication adherence.** 101p Dissertation (Masters in Psychology). Instituto de Educação, Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro, Seropédica, RJ, 2021.

The influence of religiosity/spirituality of people living with HIV/Aids on their beliefs that threaten their health, coping methods and adherence to the antiretroviral therapy is still little known, and therefore, needs further investigation. Thus, the main objective of this research, of a cross-sectional and correlational design, was to analyze the associations between religious/spiritual experiences and practices, and religious/spiritual coping strategies, of HIV-positive individuals, as well as between them, and measure their illness perception, adherence to antiretroviral medication, and their emotional state. 101 users diagnosed with HIV/Aids who were being followed up in an outpatient service at a university hospital participated in this study. The participants answered the following instruments: Sociodemographic and Medical-Clinical Questionnaire, Duke Religiosity Index Scale (DUREL), Questionnaire for Assessment of Adherence to Antiretroviral Treatment (CEAT-HIV), Disease Perception Questionnaire Brief Version (Brief IPQ), Hospital Anxiety and Depression Scale (HADS) and Abbreviated Spiritual Religious Coping Scale (CRE-Breve). To assess the relationship between the variables of this study, the Statistical Package for the Social Sciences version 24 program was utilized, by using Fisher's exact and Chi-square tests. The correlation analysis showed that the dimensions of religiosity were significantly and positively associated with positive spiritual religious coping strategies ($p < 0.01$). There was also a positive association between the levels of anxiety and depression and the use of negative spiritual coping strategies ($p < 0.01$), including the delegation of problem solving to God. Adherence to antiretroviral therapy was shown to be negatively associated with the perception of illness and emotional state ($p < 0.01$). On the other hand, associations were found in spiritual religious coping with adherence to treatment and with perception of illness, but they were not significant. The results highlighted the important role of religious/spiritual factors in the face of adversities related to the experience of HIV/Aids and demonstrated the influence of these factors over the mood of the participants, as well as, indicating that a greater adherence to the medication regimen is associated with a lower perception of threat health and the lower frequency of anxiety symptoms. It is emphasized the need for more research that can support the planning of interventions to improve the quality of life of people who have this chronic condition.

Keywords: HIV; Aids; Religiosity; Spirituality; Psychological variables.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

Aids	<i>Acquired Immune Deficiency Syndrome</i>
AMI	Ambulatório de Medicina Integral
ARV	Antirretroviral
AZT	Zidovudina
Brief IP	Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve
CEAT-HIV	Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral
CEP	Comitê de Ética em Pesquisa
DIP	Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias
IST	Infeções Sexualmente Transmissíveis
DUREL	Escala do Índice de Religiosidade de Duke
FCM	Faculdade de Ciências Médicas
GRIDS	<i>Gay-Related Immune Deficiency Syndrome</i>
HAD	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão
HIV	<i>Human Immunodeficiency Virus</i>
HUPE	Hospital Universitário Pedro Ernesto
IF	Inibidor de Fusão
IP	Inibidor de Protease
ITRN	Inibidor da Transcriptase Reversa Não Análoga de Nucleosídeo
ITRNN	Inibidor da Transcriptase Reversatídeo
IMIP	Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira
MSC	Modelo do Senso Comum
NIH	National Institutes of Health
OMS	Organização Mundial de Saúde
RCLE	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido
SUS	Sistema Único de Saúde
SIDA	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
SISREG	Sistema Nacional de Regulação
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
UERJ	Universidade do Estado do Rio de Janeiro
UNAIDS	Joint United Nations Programme on HIV/Aids
WHO	World Health Organization

LISTA DE FIGURAS

Figure 1- Organograma do quantitativo de pacientes convidados e que integraram a pesquisa.

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Análise de consistência interna das escalas utilizadas na pesquisa.

Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Tabela 3 - Religião, religiosidade e espiritualidade declarada pelos participantes da pesquisa.

Tabela 4 - Frequência e percentual de Aids e demais comorbidades crônicas.

Tabela 5 - Período de diagnóstico da doença e de tratamento ambulatorial.

Tabela 6 - Histórico de internação hospitalar em decorrência do HIV/Aids.

Tabela 7 - Frequência e percentual de tipos de religiosidade conforme a Escala do Índice de Religiosidade de Duke – DUREL.

Tabela 8 - Resultado das médias de coping religioso-espiritual positivo e negativo.

Tabela 9 - Frequência e percentual da intensidade de uso de CRE positivo e CRE negativo conforme a Escala CRE-Breve.

Tabela 10 - Resultado das médias de CRE positivo empregados pelos participantes da pesquisa.

Tabela 11 - Resultado das médias de CRE negativo empregados pelos participantes da pesquisa.

Tabela 12 - Frequência e percentual da adesão a TARV conforme medido pelo Questionário CEAT-HIV.

Tabela 13 - Frequência e percentual da interrupção do esquema terapêutico.

Tabela 14 - Estratégias empregadas para facilitar a ingestão dos antirretrovirais.

Tabela 15 - Frequência e percentual de percepção de ameaça à saúde obtidos pelo Questionário *Brief IPQ*.

Tabela 16 - Frequência e percentual de respostas a dimensão temporal do *Brief IPQ*.

Tabela 17 - Frequência e percentual da dimensão causal do Questionário *Brief IPQ* conforme categorias elaboradas com base no relato dos participantes.

Tabela 18 - Frequência e percentual dos índices de ansiedade e depressão conforme a Escala HADS.

Tabela 19 - Associação entre religiosidade e CRE positivo e negativo.

Tabela 20 - Associação entre Religiosidade Organizacional e níveis de ansiedade.

Tabela 21 - Associação entre ansiedade e depressão e CRE negativo.

Tabela 22 - Associação entre CRE positivo e negativo e adesão ao tratamento.

Tabela 23 - Associação entre CRE positivo e negativo e percepção de doença.

Tabela 24 - Associação entre religião, crenças e espiritualidade declaradas pelos participantes e religiosidade organizacional e religiosidade intrínseca.

Tabela 25 - Associação entre religião, crenças e espiritualidade declaradas pelos participantes e coping religioso espiritual positivo.

Tabela 26 - Associação entre adesão ao tratamento e percepção de doença.

Tabela 27 - Associação entre adesão ao tratamento e ansiedade.

Tabela 28 - Associação entre percepção de doença e ansiedade ou depressão.

Tabela 29 - Associação entre religião, crenças e espiritualidade declaradas pelos participantes e estado emocional.

Tabela 30 - Associação entre coping religioso espiritual positivo e negativo.

Tabela 31 - Associação entre dimensões de religiosidade conforme a Escala do Índice de Religiosidade de Duke – DUREL.

Tabela 32 - Associação entre ansiedade e depressão.

SUMÁRIO

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS	x
LISTA DE FIGURAS	xi
LISTA DE TABELAS	xii
INTRODUÇÃO.....	1
CAPÍTULO I – REFERENCIAL TEÓRICO	6
1.1 HIV/Aids: panorama geral.....	6
1.1.1 Breve histórico e conceituação	6
1.1.2 Dados epidemiológicos em HIV/Aids.....	9
1.1.3 Manifestações psicossociais no contexto de infecção pelo HIV	10
1.1.4 O tratamento antirretroviral	13
1.2 Adesão ao Tratamento Antirretroviral.....	14
1.2.1 Variáveis psicossociais associadas à adesão ao tratamento antirretroviral	17
1.3 Percepção de Doença e HIV/Aids	18
1.3.1 Significados sociais sobre HIV/Aids e influência sobre percepção de doença	19
1.4 A Religiosidade e a Espiritualidade em HIV/Aids	21
1.4.1 <i>Coping</i> religioso/espiritual	23
CAPÍTULO II – OBJETIVOS	26
2.1 Objetivo Geral	26
2.2 Objetivos Específicos	26
CAPÍTULO III – MÉTODO	27
3.1 Delineamento da pesquisa	27
3.2 Participantes.....	27
3.3 Local de Desenvolvimento da Pesquisa	28
3.4 Instrumentos	29
3.5 Conduta Ética do Estudo	31
3.6 Procedimentos de Coleta de Dados	31
3.7 Análise dos Dados	32
CAPÍTULO IV – RESULTADOS	33
4.1 Análise de Consistência Interna das Escalas	33
4.2 Caracterização Sociodemográfica e Médico-clínica	34
4.3 Análise descritiva das variáveis em estudo	36

4.4	Análises correlacionais das variáveis em estudo.....	43
CAPÍTULO V – DISCUSSÃO DOS RESULTADOS		52
CONSIDERAÇÕES FINAIS		57
REFERÊNCIAS.....		59
APÊNDICES		70
A –	Questionário Sociodemográfico e Médico-Clínico.....	70
B –	Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).....	71
ANEXOS.....		74
A –	Escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)	74
B –	Questionário para a Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH, Versão em português [Brasil]).....	75
C –	Pontuação das Questões do CEAT – VIH, versão original (Remor, 2002)	76
D –	Questionário de Percepção de Doenças versão Breve (<i>Brief IPQ</i>)	77
E –	Carta de Autorização para o Uso da Versão Brasileira do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (<i>Brief IPQ</i>)	80
F –	Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS).....	81
G –	Escala de <i>Coping</i> Religioso Espiritual Abreviada (CRE-Breve).....	82
H –	Parecer do Comitê de Ética	85
I –	Ata de Aprovação da Dissertação	86

INTRODUÇÃO

O HIV (*Human Immunodeficiency Virus*, tradução em português Vírus da Imunodeficiência Humana) é considerado um vírus pertencente à subfamília lentivírus dos retrovírus humanos, apontado como o principal responsável pelo desenvolvimento da Aids¹ (Brasil, 2018a), enfermidade que acomete células específicas do sistema imunológico, responsável por proteger o organismo de doenças. A fase sintomática desse processo de adoecimento caracteriza-se pela manifestação de sintomas diversos em indivíduos imunodeficientes ou, até mesmo, naqueles considerados imunocompetentes, deixando-os suscetíveis a contaminação por diferentes tipos de agentes etiológicos, bem como ao desenvolvimento de neoplasias (Rachid & Schechter, 2008; Seidl, Zannon, & Troccoli, 2005).

A doença se tornou uma pandemia, com notificações de 1.011.617 pessoas infectadas pelo HIV em âmbito nacional de 1980 a junho de 2020 (Brasil, 2020). Informações da Secretaria de Vigilância em Saúde identificaram que cerca de 37.308 mil novos casos foram registrados no país no ano de 2019, havendo, no entanto, notificações de queda correspondente a 29,3% no coeficiente de óbitos em que a Aids constituía a causa básica (Brasil, 2020).

Vale ressaltar que avanços terapêuticos significativos foram alcançados nas últimas décadas, especialmente com o implemento da terapia antirretroviral (TARV), que propiciou a redução nos índices de morbimortalidade e a melhoria na qualidade de vida dos indivíduos que apresentam essa condição. Diante disso, muitos aprenderam a conviver com o vírus retardando o desenvolvimento da doença. Contudo, os desafios enfrentados por essa população ainda são diversos e demandam estudos contínuos de várias áreas do saber, incluindo dificuldades no âmbito psicossocial, como o preconceito e a discriminação (Berger et al., 2015; Greco, 2008; Souza, 2008; Seidl, & Faustino, 2014).

O diagnóstico e a revelação da soropositividade mantêm-se associados culturalmente a crenças e preconceitos ainda presentes na sociedade contemporânea, o que pode levar a um profundo sofrimento emocional e social, gerando o “*medo do abandono e de julgamento, a quebra no padrão de vida, a ‘culpabilização’ individual por ter se infectado, a impotência diante da nova realidade, o isolamento, a não-adesão ao tratamento e a revolta*” (Carvalho & Paes, 2011, p. 158). Em investigação sobre o sofrimento desencadeado pela notícia do diagnóstico, Cruz, Cordeiro, Marques e Silva (2017) conduziram um estudo com dez pessoas infectadas pelo vírus HIV, internadas em um hospital público. Houve relatos de discriminação pela rede de apoio após a revelação do diagnóstico, o que gerou nos pacientes sofrimento e abandono do tratamento. Os pesquisadores observaram ainda negação frente a doença, pensamentos suicidas e dificuldade em aceitar o suporte de outros, incluindo familiares e amigos.

Ademais, as modificações nos hábitos de vida diários, com a necessidade da ingestão da TARV em horários rígidos, acompanhados muitas vezes de reações adversas, mudanças na aparência causada pela lipodistrofia e, sobretudo, o estigma de viver com HIV/Aids constituem fatores potencialmente estressantes. Estes, podem se constituir como fatores responsáveis por aumentar a probabilidade de manifestação de transtornos psiquiátricos, como ansiedade e depressão, e níveis insatisfatórios de adesão aos métodos terapêuticos (Pence et al, 2012; McIntosh & Rosselli, 2012; Silva, Dourado, Brito, & Silva, 2015).

Esse cenário mostra a necessidade do desenvolvimento de estudos que favoreçam uma melhor compreensão de variáveis psicossociais associadas à vivência do HIV/Aids, de modo a

¹Será utilizado, ao longo desta dissertação, o termo “Aids”, inspirado na sigla inglesa AIDS (*Acquired Immuno deficiency Syndrome*), por ser o nome da doença adotado no Brasil.

fomentar ações que tragam contribuições para a prestação de uma assistência mais integral e efetiva às pessoas que recebem esse diagnóstico. Espera-se que os conhecimentos científicos produzidos tenham potencial para gerar percepções mais acuradas sobre a doença e estimular estratégias de *coping*² mais adaptativas aos estressores presentes, o que, por sua vez, acredita-se que possa aumentar o grau de adesão a TARV.

É nessa direção que caminha a presente pesquisa, cuja questão de partida foi: “Quais efeitos os aspectos religiosos e espirituais têm sobre variáveis psicológicas - crenças, comportamentos e estado emocional - apresentadas por pessoas que vivem com HIV/Aids?”. A hipótese inicial foi de que os sujeitos que possuem religião, crenças religiosas ou que se declaram espiritualizados apresentam índices maiores de *coping* religioso/espiritual positivo, uma percepção de doença mais adaptada à realidade do adoecimento, bem como escores mais baixos de sintomas ansiosos e depressivos e, conseqüentemente, melhor adesão a TARV.

O estudo de questões associadas ao HIV/Aids passou a me despertar curiosidade ao longo da graduação em psicologia, especificamente a partir de 2014, no oitavo período de atividades acadêmicas, quando, ao entrevistar um psicólogo, este relatou o trabalho desenvolvido em um centro de saúde pertencente ao município de Nova Iguaçu – RJ. O referido profissional discorreu sobre as especificidades e demandas apresentadas por indivíduos expostos a práticas sexuais desprotegidas que buscavam, naquela unidade, acesso gratuito e imediato para testagem de detecção do vírus. Os psicólogos ali atuantes desenvolviam um trabalho baseado na escuta ativa e no acolhimento dessa população, composta predominantemente, por homens homossexuais e mulheres profissionais do sexo. Além disso, desempenhavam ações interventivas voltadas à orientação de medidas preventivas relacionadas às infecções sexualmente transmissíveis (IST), de modo a assegurar o devido suporte psicológico durante o processo de aconselhamento no pré e pós-teste rápido de HIV.

Posteriormente, o interesse por essa temática foi consolidado mediante a minha experiência como aluna do curso de especialização em Psicologia Médica, vinculado à Faculdade de Ciências Médicas (FCM) da Universidade do Estado do Rio de Janeiro (UERJ). No período de 2016 a 2017, atuei como psicóloga na enfermaria de Clínica Médica do Hospital Universitário Pedro Ernesto, vinculado ao Sistema Único de Saúde (SUS). Na sequência, durante os anos de 2017 e 2018, realizei atendimentos aos pacientes internados em unidades de diferentes especialidades médicas. Através dessas práticas, tive a oportunidade de manter contato com pacientes de diagnósticos variados, em diferentes estágios do adoecimento e momentos do ciclo de vida, incluindo aqueles com HIV/Aids. Tratava-se, neste caso, de indivíduos de ambos os sexos, com idade igual ou superior a 18 anos, internados em decorrência de agravos à saúde, com histórico, em sua maioria, de baixa adesão ao tratamento medicamentoso. Manifestações de conteúdos religiosos/espirituais eram identificados com frequência no discurso destes pacientes, o que suscitou inquietações e reforçaram meu desejo de melhor compreender a influência da dimensão religiosa/espiritual sobre aspectos psicossociais vinculados ao processo saúde-doença.

Paralelamente a prática profissional, ocorreu minha aproximação com o campo de produção de conhecimento científico, mediante o meu ingresso em grupo de pesquisa coordenado pela psicóloga Fernanda Martins Pereira Hildebrandt, docente da FCM/UERJ, o qual tinha por objetivo estudar a influência das percepções de doença sobre comportamentos de saúde, utilizando como norteador o modelo do senso comum proposto por Howard Leventhal (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006; Cameron & Leventhal, 2003). No âmbito desse projeto, elaborei o meu trabalho de conclusão de curso para a obtenção do título de especialista,

² O termo *coping* é de origem inglesa, oriundo do verbo *to cope*, que significa “lidar com”, “enfrentar” ou “adaptar-se à”. Embora, no Brasil, o termo “enfrentamento” seja frequentemente utilizado como equivalente, ao longo deste trabalho optou-se por manter o termo em inglês.

cujo enfoque foi uma revisão sistemática de estudos relacionados à percepção da doença por pessoas vivendo com HIV/Aids (Lima, 2018).

Como resultado do levantamento bibliográfico realizado, foram analisados seis artigos científicos, sendo que uma, dentre as pesquisas relatadas, identificou que as crenças vinculadas ao contágio pelo vírus mostraram-se associadas a fatores externos, como o acaso, a má sorte/azar e a vontade de Deus (Kempainem, Kim-Godwin, Reynolds, & Spencer, 2008). Além disso, esta e duas outras pesquisas (Gauchet, Tarquino, & Fisher, 2007; Pala & Steca, 2015) sinalizaram a presença de conteúdos religiosos e espirituais na vivência do adoecimento por HIV/Aids, ainda que esses fenômenos não fizessem parte de seus objetivos. Desse modo, aponte a necessidade de realização de novos estudos que pudessem se debruçar sobre a religiosidade/espiritualidade evidenciada por pacientes soropositivos, tendo em vista uma melhor compreensão deste fenômeno que segue pouco investigado a despeito da sua importância.

Em resumo, as lacunas encontradas na literatura somadas as observações acumuladas durante as minhas práticas profissionais contribuíram para o desenvolvimento desta dissertação, cujo o foco foi a religiosidade e a espiritualidade de pessoas com diagnóstico de HIV/Aids em suas possíveis associações com a percepção de doença, com seus modos de lidar com estressores associados ao adoecimento, com seus níveis de adesão às orientações e prescrições da equipe de saúde, no que concerne a TARV, e com seus índices de ansiedade e depressão.

Os termos religiosidade e espiritualidade apresentam pouca coesão teórica quanto as suas definições, sendo, muitas vezes, abordados como sinônimos. Diante disso, vale salientar que essas dimensões, embora sejam complementares, possuem significados distintos (Gomes, Farina, & Dal Forno, 2014). A religiosidade está vinculada a práticas capazes de promover modificações nos comportamentos dos sujeitos mediante as suas vivências pessoais e únicas acerca do sagrado (Oliveira & Junges, 2012; Valle, 2005). Segundo Moraes (2008), essa dimensão “*pode ser considerada como uma disposição individual e privada para o relacionamento com o mundo transcendente, ligada a uma religião organizada e institucionalizada*” (p. 376). Já a religião pode ser definida como um sistema de relações sociais construídas por instituições e grupos interdependentes, com regras e recursos próprios, onde são partilhados símbolos e crenças, além de serem realizados rituais e práticas que permitem aproximação com divino (Koenig, King, & Carson, 2012).

A espiritualidade, por sua vez, refere-se à atribuição de valores, significados e a expressão individual na procura de sentido e propósito da existência, apoiados pela fé em um ser superior, mas não necessariamente ligada a dimensões religiosas. De acordo com Machado e Holanda (2017), a espiritualidade “*pode ser caracterizada como uma necessidade psicológica inerente a todo ser humano em busca do porquê último da vida*” (p. 65). Nesse sentido, a religiosidade pode ser apontada como uma das variadas maneiras de expressão da espiritualidade (Pinto, 2017a).

Nota-se que a religiosidade e a espiritualidade têm sido consideradas influências importantes nas estratégias de *coping* apresentadas diante de eventos estressores, tais como as novas situações que se impõem na vida das pessoas infectadas pelo HIV (Broncas, 2016; Pinho et al., 2017b). Lazarus e Folkman (1984) descrevem *coping* como um conjunto de “*esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas que são avaliadas pela pessoa como sobrecarga aos seus recursos pessoais*” (p. 572). Segundo esse conceito, o termo é empregado para se referir a um processo interativo em que o sujeito e o ambiente mantêm uma relação dinâmica e bidirecional, sendo que as estratégias utilizadas por cada indivíduo diante de certas situações são influenciadas por suas avaliações cognitivas acerca do evento estressor e de suas condições para administrá-lo (Faria & Seidl, 2005).

Em termos de seus resultados, duas categorias principais de *coping* podem ser identificadas: o *coping* funcional, que propicia um desfecho mais favorável, e o *coping* disfuncional, responsável por causar maior sofrimento (Lazarus & Folkman, 1984). Nessa perspectiva, pontua-se que as estratégias adotadas pelo indivíduo para lidar com estressores relacionados ao HIV podem determinar o nível de sofrimento psicológico por ele vivenciado (Pakenham & Rinaldis, 2001; Weaver et al., 2005).

Quando se trata de *coping* religioso/espiritual, Panzini e Bandeira (2007) esclarecem que as estratégias fundadas em recursos religiosos e/ou espirituais que são utilizadas pelo indivíduo para lidar com situações de estresse e momentos adversos ao longo da vida podem ser tanto positivas como negativas. O *coping* religioso/espiritual positivo abarca estratégias que propiciam benefícios significativos e, entre as suas particularidades, podem ser ressaltadas a procura por proteção Divina e por uma maior proximidade com a espiritualidade. Já o *coping* religioso/espiritual negativo se caracteriza pela utilização de estratégias que desencadeiam efeitos danosos, levando o sujeito, por exemplo, a refletir sobre o motivo de sua própria existência, a delegar a um Ser Supremo a responsabilidade pela resolução de seus problemas e a redefinir o estressor como uma forma de punição divina

Pacientes que relatam acreditar em Deus, mesmo que mencionem não possuir religião ou doutrina específica, buscam na fé o conforto, a esperança e a força para superarem adversidades vinculadas ao HIV/Aids (Ferreira, Favoreto, & Guimarães, 2012; Szaflarski, 2013). Pala e Steca (2015), em estudo com 248 pacientes italianos diagnosticados com HIV, identificaram que o *coping* religioso esteve significativamente associado a reinterpretações dos eventos estressores de uma forma mais positiva (reavaliações), bem como a estratégias ativas de enfrentamento, tais como comportamento funcional relacionado à doença e uso reduzido de álcool. Contudo, ressalta-se que, da mesma forma que os aspectos espirituais e religiosos podem trazer contribuições para uma melhor adaptação à doença, podem também acarretar prejuízo às percepções ou crenças que esses indivíduos possuem sobre a sua enfermidade, aos comportamentos adotados frente a ameaça à saúde e à adesão ao uso de medicamentos (Kemppainem et al, 2008; Pinho et al., 2017b).

Em uma pesquisa conduzida por Gauchet, Tarquino e Fisher (2007) junto a 127 pacientes franceses HIV positivos, os pesquisadores verificaram que os participantes que apresentaram um maior relacionamento espiritual estavam mais propensos a aderirem aos seus tratamentos, ou seja, crenças em Deus foram preditoras de melhores índices de adesão à medicação. Os valores espirituais estiveram altamente correlacionados com a adaptação psicológica e bons resultados de saúde.

Kemppainem et al. (2008), por outro lado, em uma pesquisa com 34 pacientes americanos soropositivos observaram que as causas da infecção pelo vírus foram atribuídas a fatores externos, independentes das próprias condutas adotadas, como a vontade de Deus. Além disso, verificaram que esses fatores estiveram associados a uma maior percepção de gravidade da doença, a crenças de consequências negativas, a uma baixa capacidade de gerenciamento do tratamento e a uma menor percepção de controle da doença.

Nesse sentido, o modelo do senso comum (MSC), também conhecido como modelo de autorregulação do comportamento em saúde, desenvolvido por Leventhal, Phillips e Burns (2016), evidencia que a decisão de seguir as recomendações de tratamento será influenciada pelas percepções ou crenças que o indivíduo possui sobre a sua doença. Esse modelo teórico parte do pressuposto de que o paciente possui um papel ativo na resolução de seus problemas, respondendo de forma dinâmica ao adoecimento, de acordo com a sua interpretação e avaliação (Broadbent et al., 2006; Cameron & Leventhal, 2003). Acredita-se que essas crenças são constituídas mediante experiências prévias de vida e interpretações das ameaças percebidas sobre a condição de saúde (Figueiras, Machado, & Alves, 2002), sendo organizadas em cinco dimensões: identidade, consequências, dimensão temporal, causas e cura/controle (Ogden,

2004). A partir dessas representações, o sujeito desenvolverá estratégias de *coping* na tentativa de reestabelecer o equilíbrio físico e emocional ameaçado pela enfermidade (Broadbent et al., 2006).

A relação entre Aids e sintomas depressivos também tem sido demonstrada. Em um estudo realizado por Bellenzani, Nemes e Paiva (2013), com 120 mulheres, foi encontrada uma prevalência de diagnóstico de depressão maior em 25,8% das participantes, sendo que 48% destas já tinham experimentado pelo menos um episódio dessa natureza. Além disso, foi detectado uma forte associação entre ter desejo de morte e uma baixa retirada dos medicamentos da farmácia. Preocupa o fato de que o seguimento das recomendações terapêuticas chega a ser três vezes menor em paciente com sintomas depressivos, havendo indícios de que a prescrição de medicamentos antidepressivos possa melhorar de forma significativa os índices de adesão aos tratamentos.

Em estudo com 47 pessoas com diagnóstico de HIV/Aids, Betancur, Lins, Oliveira e Brites (2017) concluíram que os índices de ansiedade e depressão estão relacionados ao sucesso e/ou à falha da TARV, assim como à qualidade de vida dos pacientes. Foi identificado que 59,5% dos participantes apresentavam sintomas depressivos de moderados a grave e 44,7% de ansiedade, também de moderada a grave. Entre os principais motivos para não ingestão dos medicamentos, foram mencionados o quadro depressivo (46,8%), estar distante da residência (44,7%), esquecimentos, efeitos adversos dos remédios e horários específicos para o uso dos mesmos (38,3%). Além disso, verificou-se que 89,4% desses indivíduos acreditavam que os efeitos colaterais eram intensos e 74,4% acreditavam que ao tomarem os antirretrovirais estariam revelando o diagnóstico de Aids.

Camargo (2012) ressalta que é preciso estar atento às consequências da adesão inadequada, pois se individualmente a não adesão acarreta a falência terapêutica e dano ao tratamento, coletivamente existe a ameaça de disseminação do vírus. Assim, para que se alcance o sucesso terapêutico, é fundamental que haja o uso diário dos medicamentos, conforme a orientação médica (Carvalho, Merchán-Hamann, & Matsushita, 2007), o que configura um desafio constante para pacientes, profissionais de saúde e gestores das políticas de HIV/Aids no país (Almeida, 2017; Silva, Dourado, Brito, & Silva, 2015).

Nessa perspectiva, espera-se que essa dissertação possa ser útil para uma maior compreensão sobre a influência da religiosidade e da espiritualidade nos modos dos pacientes perceberem e lidarem com o HIV/Aids. Espera-se ainda que o conhecimento científico gerado seja capaz de auxiliar os profissionais de saúde na redução de estados emocionais aversivos e comportamentos disfuncionais apresentados por pessoas que vivem com essa doença.

CAPÍTULO I

REFERENCIAL TEÓRICO

É preciso mencionar que muitos avanços foram obtidos nas últimas décadas na luta contra o HIV/Aids, especialmente com o desenvolvimento e implementação de novas classes de antirretrovirais que possibilitaram a redução nos índices de morbimortalidade e, principalmente, o aumento da qualidade de vida das pessoas infectadas pelo vírus. Diante disso, o cenário dessa enfermidade progrediu de doença fatal para uma condição crônica. Contudo, ainda são diversas as dificuldades vivenciadas por essa população, que são perpassadas por conflitos internos, relações interpessoais marcadas por preconceito e discriminação e, sobretudo, adesão insatisfatória aos regimes terapêuticos (Berger et al., 2015; Jesus et al., 2017; Seidl & Faustino, 2014). Deste modo, com o propósito de abordar as especificidades dessa temática foi realizada uma revisão de literatura que contempla o panorama geral do HIV/Aids, a adesão a TARV, a percepção de doença e as dimensões religiosas e espirituais no contexto dessa enfermidade.

1.1 HIV/Aids: panorama geral

1.1.1 Breve histórico e conceituação

O diagnóstico de uma doença peculiar e de origem desconhecida, que hoje intitulamos como Aids, teve seus primeiros casos notificados no final da década de 1970, quando homens homossexuais e usuários de drogas intravenosas foram identificados com um conjunto de sintomas similares e de origem não classificada. A pneumonia por *Pneumocystis jirovecii* e um tipo raro de câncer dos vasos sanguíneos, conhecido como sarcoma de Kaposi, foram as principais manifestações sintomatológicas presentes nos casos relatados. Cerca de uma década depois, o Instituto Nacional de Saúde (National Institutes of Health - NIH), localizado nos Estados Unidos, e o Instituto Pasteur, na França, isolaram de forma simultânea o vírus da imunodeficiência humana (HIV), visto como a provável causa da enfermidade (Rachid & Schechter, 2008; Straub, 2014).

Nota-se que, em 1985, a Aids passou a ser classificada como a fase final da doença desencadeada pela infecção do vírus HIV, que é responsável por causar comprometimentos significativos no sistema imunológico de tal modo que reduz a capacidade do organismo de exercer suas funções de proteção no combate às infecções. Desse modo, os indivíduos infectados ficam mais vulneráveis à contaminação por variados tipos de agentes etiológicos, que levam às chamadas doenças oportunistas (Cardoso, 2013; Brasil, 2018). Assim, a nova enfermidade, inicialmente apontada como rara, misteriosa e de baixa relevância para a população em geral (Azevedo, 1999, p. 674), começou a despertar a atenção das autoridades de saúde pública devido a sua rápida disseminação pelo mundo (Galvão, 2002; Lima, Wunsch, Gutierrez, & Leite, 1996; Straub, 2014).

Em termos conceituais, o HIV caracteriza-se pela vinculação do vírus a um componente da membrana da célula CD4, que, com isso, altera o seu DNA e multiplica-se por todo o organismo. Este também é responsável por ocasionar uma destruição importante de linfócitos T CD4+, que desempenham um papel fundamental na resposta imunológica (Brasil, 2005). Por meio do monitoramento do T CD4 + é possível identificar se um paciente apresenta risco ou não de progredir para o desenvolvimento de Aids (Eidam, Lopes, Guimarães, & Oliveira, 2006). De acordo com Rachid e Scheter (2008):

O HIV é um vírus RNA que se caracteriza pela presença da enzima transcriptase reversa, que permite a transcrição do RNA viral em DNA, que pode, então, se integrar ao genoma da célula do hospedeiro, passando a ser chamado de provírus. O DNA viral é copiado em RNA mensageiro, que é transcrito em proteínas virais. Ocorre, então, a montagem do vírus e, posteriormente, a gemulação. As principais células infectadas são aquelas que apresentam a molécula CD4 em sua superfície, predominantemente linfócitos CD4+ (linfócitos T4 ou T-*helper*) e macrófagos (p.3).

Trata-se de uma doença contagiosa, que é transmitida através da troca de fluidos corporais mediante relações sexuais vaginais, anais ou oral desprotegidas, da receptação de sangue contaminado, do compartilhamento de seringas utilizadas por mais de uma pessoa e de outros instrumentos capazes de furar e/ou cortar não esterilizados. Pode ocorrer ainda a transmissão vertical, quando ocorre a passagem do vírus da mãe soropositiva para o feto ou o bebê durante a gestação, o parto ou no ato de amamentação. Ao contrário de mitos relacionados a essa enfermidade, a transmissão do vírus não ocorre mediante interações sociais como abraço, beijo ou aperto de mão e do compartilhamento de objetos não perfurantes, como vaso sanitário e assentos de transportes públicos (*Joint United Nations Programme on HIV/Aids* (UNAIDS, 2017).

O processo de adoecimento pelo HIV/Aids abarca quatro fases clínicas distintas. Na primeira fase, chamada de “infecção aguda”, também conhecida como síndrome de soroconversão, ocorre o contágio pelo HIV e a incubação do vírus, correspondendo ao tempo que vai da exposição ao vírus até a manifestação dos primeiros sintomas. Esse período dura de duas a quatro semanas e, comumente, inclui queixas que se assemelham a síndrome gripal, como febre, mal-estar, astenia, faringite, mialgia, artralgia, cefaléia, dor retroorbicular e linfadenopatia. Nessa fase, pode-se observar o aumento dos gânglios linfáticos, embora isso seja mais evidente na segunda semana, envolvendo gânglios axilares, occipitais e cervicais. Pode ocorrer ainda o exantema, que corresponde a erupções avermelhadas na pele, principalmente nas regiões do tronco e dos membros. As manifestações clínicas de comprometimento do sistema nervoso central podem ocorrer de forma simultânea com sintomas de cefaléia, fotofobia, meningite, neuropatia periférica e/ou síndrome de Guillain-Barré. Esses sintomas costumam persistir de uma a quatro semanas (Rachid & Schechter, 2008).

A segunda fase é denominada como “período assintomático”, que é caracterizado pela forte interação entre as células de defesa e as constantes e rápidas proliferações do HIV, havendo uma possibilidade restrita de desenvolvimento de outras patologias. Encontram-se nessa fase as pessoas infectadas pelo HIV que ainda não apresentaram nenhuma manifestação clínica relacionadas ao contágio. Nestes casos, a contagem de linfócitos CD4 é o principal parâmetro para nortear a introdução da TARV e de medidas de profilaxia de infecções. Esse período dura aproximadamente 10 anos, variando de acordo com cada organismo (Brasil, 2018; Rachid & Schechter, 2008; Straub, 2014).

A terceira fase é marcada pelo advento de sintomas diversos, que incluem febre, diarreia, suor noturno e emagrecimento. Com isso, é chamada de “fase sintomática”. Nesse momento há uma diminuição dos linfócitos T CD4+, o que acarreta prejuízos ao funcionamento do sistema imunológico e, conseqüentemente, torna as pessoas soropositivas mais propensas à infecção de doenças oportunistas. Nessa fase, a contagem de linfócitos T CD4+ pode ficar abaixo de 200 unidades por milímetro cúbico de sangue, sendo que, em adultos saudáveis, esse valor varia entre 800 a 1.200 unidades (Brasil, 2008, 2013a; Straub, 2014).

Por fim, a quarta fase, reconhecida como o estágio mais avançado da doença, corresponde a Aids propriamente dita. Esta fase pode ser dividida em precoce e tardia. Na fase precoce, ocorrem manifestações clínicas que são mais recorrentes em sujeitos cuja imunodeficiência encontra-se na fase inicial, mas também pode ser identificada nas pessoas imunocompetentes,

isto é, naquelas pessoas cujo organismo apresenta capacidade de combater de forma satisfatória os microrganismos patógenos ou parasitas. Já a fase tardia caracteriza-se pela ocorrência de infecções e/ou neoplasias que raramente acometeriam indivíduos imunocompetentes.

Nesse último período, os indivíduos ficam predispostos a desenvolver patologias como hepatites virais, herpes zoster, tuberculose, pneumonia, neurotoxoplasmose, alguns tipos de câncer e infecções recorrentes (na pele, boca e garganta) ocasionadas por fungos. Além disso, é comum ocorrerem perda de peso progressiva, perda ou diminuição da força física, febre intermitente, dor muscular, sudorese noturna, entre outros sintomas. Ressalta-se que, em quadros mais avançados, podem surgir candidíase oral, leucoplasia pilosa, perda de peso acentuada, diarreia crônica sem causa aparente e febre prolongada. Algumas pessoas podem inclusive evoluir com síndrome consumptiva progressiva e grave, que corresponde ao quadro de atrofia muscular em decorrência da perda de massa magra. Além das infecções oportunistas e suas sequelas, essa enfermidade pode levar a graves comprometimentos cognitivos. Tudo isso pode resultar na morte dos indivíduos soropositivos (Brasil, 2013a; Rachid & Schechter, 2008; Straub, 2014).

Cabe salientar que durante alguns anos, especialmente no início da pandemia, o aspecto físico da pessoa era utilizado como uma espécie de reconhecimento da doença, estando o emagrecimento exacerbado diretamente associado ao HIV/Aids, bem como a concepção de fraqueza e impotência (Arraes, 2015). De acordo com Carlos Valle (2002), em seu estudo antropológico sobre a construção da identidade de indivíduos soropositivos, o cantor e compositor Cazuza expôs a face do HIV/Aids durante a primeira década da epidemia, tornando público e visível o grau de devastação provado pela doença, chegando a afirmar que:

Ninguém corporificou, materializou mais publicamente a representação cultural da doença, de decadência física e de iminência da morte do que o rockstar Cazuza. De 1989 a 90, quando morreu, a imprensa reportou-se continuamente à sua tragédia de modo bastante negativo e estigmatizante (p. 179).

A construção do imaginário social associava a ideia de censura à vida ou crença de castigo imposto por Deus à fatalidade da doença, bem como reforçava o sentimento de vergonha e culpa pelo contágio do vírus. Havia um “silêncio ensurdecedor” acerca dos comportamentos que culminavam no adoecimento, posto que estes eram vistos como “*irresponsabilidade, delinquência – o doente é viciado em substâncias ilegais, ou sua sexualidade é considerada divergente*” (Suntag, 1988, p. 31).

Associada a homossexualidade e a práticas sexuais de promiscuidade, a Aids consolida-se no mundo com forte carga de estigmas, crenças, preconceitos e discriminação. De peste gay e doença de homossexuais, esta enfermidade passou a ser temporariamente conhecida como *gay-related immune deficiency síndrome* (GRIDS) e doença dos 5 H, relativos a homossexuais, hemofílicos, haitianos, heroinômanos (usuários de heroína injetável) e *hookers* (profissionais do sexo) (Brasil, 2018a). Atualmente, com características pandêmicas, a infecção pelo vírus deixou de ser considerada restrita a certas parcelas da população. A distinção de grupos de risco cedeu lugar a uma visão generalizada, já que o contágio pelo vírus não respeita orientação sexual, sexo, idade, etnia ou classe social.

Os avanços científicos e em políticas públicas alcançados nas últimas décadas levaram a mudanças importantes no cenário da doença, entre estas destacam-se, no Brasil, as medidas públicas de saúde adotadas para o controle do vírus, as conquistas por direito ao acesso à saúde a todas as pessoas que vivem com HIV/Aids, bem como a distribuição gratuita e universal dos medicamentos antirretrovirais, denominado TARV, a partir de 1998 (Ramos, 2016).

Segundo Rachid e Schechter (2008):

O desenvolvimento de novas e mais eficazes drogas antirretrovirais associou-se à dramáticas reduções na morbidade e na letalidade associadas à infecção pelo HIV nas populações com acesso a tratamento. Isso se deve a reversão da imunodeficiência, que pode ocorrer mesmo em pacientes que tenham iniciado o tratamento em fases avançadas da infecção pelo HIV. Com a enorme melhora do prognóstico, as expectativas dos pacientes e dos profissionais de saúde também mudaram, passando a refletir o caráter crônico da infecção e a possibilidade de viver por muitos anos, quiçá tanto ou quase quanto indivíduos de mesma idade, sexo, condição social, porém sem infecção pelo HIV (p. 17).

Vale salientar outros elementos relevantes no combate à doença, como a testagem rápida e gratuita para detecção da infecção disponibilizada pelo SUS, nos Centros de Testagem e Acolhimento (CTA), as leis vigentes no combate à discriminação e que garantem o direito a assistência e tratamento humanizado nas redes públicas e, sobretudo, as medidas de profilaxia pré-exposição ao HIV (PrEP), que consistem na utilização dos antirretrovirais com a finalidade de reduzir o risco de infecção em sujeitos expostos ao vírus. Com isso, a imagem da Aids no século XXI se modificou, assim como a forma de lidar com os riscos de contaminação pelo vírus e de se buscar o controle de sua evolução (Brasil, 2018b). Entretanto, ainda sem cura, a Aids continua demandando esforços das autoridades de saúde pública para que se alcance o controle satisfatório das taxas de infecção e mortalidade no país.

1.1.2 Dados epidemiológicos em HIV/Aids

A infecção pelo HIV tornou-se um problema de saúde pública, de caráter global e em contínua mudança, cuja ocorrência difere entre as regiões do mundo (Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2000; UNAIDS, 2015). Esta enfermidade apresenta, atualmente, características pandêmicas, visto que aproximadamente 37,3 milhões de pessoas se encontram infectadas pelo vírus em âmbito mundial. Nota-se que, desde o início da epidemia, cerca de 32 milhões de indivíduos faleceram em decorrência de agravos à saúde relacionados à Aids. Contudo, há evidências de uma redução de 16% no coeficiente de infecções por HIV no plano global, entre os anos de 2010, quando foram identificados 2,1 milhões de casos, e de 2018, com notificações de 1,7 milhões de pessoas diagnosticadas com a doença. Ressalta-se também um decréscimo de 33% na taxa de mortalidade associada a essa enfermidade no período de 2018, com 1,1 milhões de óbitos em comparação com 1,2 milhões em 2010 (UNAIDS, 2017).

À semelhança de outros países, o perfil epidemiológico da doença no Brasil tem se modificado de forma considerável ao longo dos anos que se sucederam a comunicação dos primeiros casos de HIV/Aids. Ao final da década de 1980, a doença afastou-se da concepção inicial de que haveria grupos específicos de pessoas em risco de serem acometidas pelo vírus, sobretudo os homossexuais masculinos e os usuários de drogas injetáveis, e passou a englobar todos os segmentos da população (Rachid & Schechter, 2008). Além disso, a epidemia que estava centralizada nas áreas de maior concentração de atividades urbanas das regiões Sudeste e Sul foi aumentando gradativamente em outras localidades e em diferentes segmentos sociais (Nogueira, 2016).

Segundo informações do Brasil (2020), desde o início da epidemia até junho de 2020, cerca de 1.011.617 casos de Aids foram notificados no Brasil, com a ocorrência de 349.784 óbitos até dezembro de 2019, cuja causa básica era a Aids. O país tem registrado, anualmente, uma média de 39 mil novos casos nos últimos cinco anos. Todavia, nota-se que o quantitativo anual de casos tem reduzido desde 2013, quando se observaram 43.368 casos. No ano de 2019, foram notificados 41.919 casos de infecção pelo HIV, com variações entre as diferentes regiões, a saber: 4.948 (11,8%) casos na região Norte, 10.752 (25,6%) no Nordeste, 14.778 (35,3%) no Sudeste, 7.639 (18,2%) no Sul e 3.802 (9,1%) no Centro-Oeste.

Os dados referentes ao período de 2007 até junho de 2020 indicam alterações significativas no que diz respeito à prevalência de HIV entre os sexos, havendo maior acometimento em homens, com registros de 237.551 (69,4%) casos em comparação a 104.824 (30,6%) casos em mulheres. Entre o início da década de 80 até junho de 2020, foram notificados 664.721 (65,7%) casos de Aids em homens e 346.791 (34,3%) em mulheres. No período de 2002 a 2009, a razão entre sexos, expressa pela relação entre o número de casos de Aids em homens e mulheres, manteve-se em 15 casos em homens para cada dez casos em mulheres, em média. Contudo, a partir de 2010, houve um aumento de registros correspondentes ao sexo masculino, chegando a 23 casos de Aids em homens para cada dez casos em mulheres em 2017, padrão que se manteve em 2018 e em 2019.

Acerca da faixa etária, evidenciou-se que, no período de 2007 a junho de 2020, os casos registrados de infecção pelo HIV estavam, em sua maioria, concentrados no grupo de 20 a 34 anos, de ambos os sexos, com percentual de 52,7% dos casos. Porém, nos últimos 10 anos foi registrado um aumento estatisticamente significativo de casos entre o público jovem, do sexo masculino, com idades entre 15 a 29 anos, que foi, respectivamente, de 64,9% e 74,8% em 2009 e 2019. De fato, os maiores índices de infecção, com 52 casos por 100.000 habitantes, foram notificados nessa faixa etária. Também se observou um aumento de contágio entre pessoas com 60 anos e mais. Contudo, entre as mulheres foi verificado um decréscimo em aproximadamente todas as faixas etárias, exceto em idosas com mais de 60 anos, com aumento de 21,2%.

Com relação à exposição ao vírus, a via de transmissão predominante, em 2017, entre maiores de 13 anos de idade, foi a sexual, tanto em homens (96,4%) quanto em mulheres (97,4%). Pela primeira vez na última década, verificou-se um predomínio da exposição em relações homossexual e bissexual, ultrapassando a proporção de casos notificados como exposição heterossexual. Em contrapartida, houve redução estatisticamente significativa de novos casos de HIV associados ao uso de drogas injetáveis (Brasil, 2018b).

Quanto ao nível de instrução, no período de 2007 a 2020, observou-se um percentual elevado de ocorrência da Aids entre os sujeitos com escolaridade não declarada, o que prejudicou a avaliação adequada dessa variável. Contudo, referente aos demais níveis de escolaridade, houve predominância de casos entre as pessoas com ensino médio completo (21,1%, seguido do ensino fundamental incompleto, com 11,9%). Observaram-se diferenças nas proporções de casos segundo sexo, visto que sujeitos do sexo masculino diagnosticados com Aids, apresentaram grau de instrução mais elevado do que as mulheres. Em 2017, a proporção de casos entre homens analfabetos foi de 2,3%, enquanto entre as mulheres foi de 4,0%. Ao investigar as pessoas que possuíam nível superior completo, identificou-se uma proporção de 14,1% entre os homens e 4,3% entre as mulheres. No mesmo ano, em ambos os sexos, a categoria prevalente foi a de indivíduos com nível médio completo, 26,9% entre homens e 24,6% entre mulheres (Brasil, 2018b).

1.1.3 Manifestações psicossociais no contexto de infecção pelo HIV

Do ponto de vista psicossocial, o preconceito, a discriminação e o estigma social podem ser considerados fatores potencialmente estressantes para os indivíduos com sorologia positiva para HIV/Aids, causando prejuízos significativos na vida de ao menos uma parte deles (Cardoso, 2013). Desse modo, o temor da Aids não está relacionado apenas à presença do vírus, mas também à revelação do diagnóstico e suas possíveis repercussões sociais, o que leva ao receio do paciente de tornar público aspectos da sua vida privada. Por esse motivo, algumas pessoas acabam optando pelo silêncio e ocultação do estado sorológico. Nota-se que muitos indivíduos ainda mantêm representações ultrapassadas e errôneas sobre a doença, isto é, crenças construídas nos primórdios da epidemia, que perpetuam a concepção de “grupo de risco”, no qual a mais de um segmento específico da população estariam propensos à infecção pelo vírus (Nogueira, & Seidl, 2016).

O termo “grupo de risco” foi propagado através dos meios midiáticos (Spink, 2001) e obteve conotações que causaram danos relevantes à prevenção da doença ao reforçar o isolamento sanitário dos sujeitos tidos como de tais grupos como a medida de precaução contra a disseminação do vírus. Ao contrário do que se almejava, houve a acessão da discriminação e de preconceitos, bem como o reforço de concepções estigmatizadoras de grupos sociais marginalizados, em especial os homossexuais (Souza, 2008).

A fim de explorar as dificuldades presentes no viver com HIV, bem como os possíveis entraves na qualidade de vida, Jesus et al. (2017) realizaram um estudo descritivo e exploratório, de abordagem qualitativa, com 26 pessoas diagnosticadas com a enfermidade, acompanhadas em dois Serviços de Atendimento Especializado em HIV/Aids de um município de grande porte da região noroeste do estado de São Paulo, Brasil. Logo, os estudiosos evidenciaram que o preconceito intrafamiliar e social, assim como o estigma da doença estão entre os maiores obstáculos encarados por essa população. Além disso, ressaltaram que estes se apresentam como fatores que impactam negativamente na qualidade de vida dessas pessoas.

Zafra-Tanaka e Ticona-Chavez (2016), ao discutirem acerca do nível de estigma relacionado ao HIV/Aids e sua correlação com a adesão a TARV, desenvolveram um estudo transversal com pacientes adultos acometidos pela enfermidade que estavam em uso da referida terapia por um período mínimo de seis meses em um hospital em Lima, Peru. Com isso, constataram associação negativa entre estigma e adesão ao tratamento, com prevalência de maiores índices de estigmas relacionados a doença no sexo feminino. Dessa forma, concluiu-se que quanto maior a percepção de estigma vinculado a condição sorológica, menor adesão a TARV, sendo recomendadas intervenções destinadas a redução de crenças estigmatizantes sobre HIV/Aids.

A Aids também se encontra associada a concepção de morte, compreendida como uma forma de punição em decorrência do desvio da conduta socialmente estabelecida (Albuquerque, Batista, & Saldanha, 2018). Susan Sontag (1989), no livro “Aids e suas metáforas”, discorre sobre a construção social da enfermidade e enfatiza que a mesma tem sido compreendida a partir da

Ideia de que a Aids vem castigar comportamentos divergentes e a de que ela ameaça os inocentes [...]. Tal é o poder, a eficácia extraordinária da metáfora da peste: ela permite que uma doença seja encarada ao mesmo tempo como um castigo merecido por um grupo de “outro” vulneráveis e como uma doença que potencialmente ameaça a todos (p. 76).

Albuquerque, Batista e Saldanha (2018) realizam um estudo com 26 pessoas de ambos os sexos, infectados com o vírus HIV, cujo objetivo principal foi analisar as situações de preconceito vivenciadas por pessoas soropositivas que estavam em relacionamento sorodiferente para o HIV/Aids. Em consonância com as metáforas citadas por Sontag (1989), observaram nos discursos apresentados pelos participantes a prevalência de crenças distorcidas com associação da Aids à morte e à impossibilidade de estabelecer relacionamento amoroso entre pessoas sorodiscordantes, o que corroborou para a identificação, no estudo, de uma categoria nomeada como preconceito.

De fato, diversos estereótipos e explicações imprecisas, foram criadas no início da doença e contribuíram para a manutenção da estigmatização da Aids (Parker & Aggleton, 2001). Nesse sentido, o diagnóstico e a revelação da soropositividade, associados culturalmente a crenças ainda presentes na sociedade acerca do HIV/Aids, podem gerar sofrimento emocional. Em decorrência disso, indivíduos infectados pelo vírus podem apresentar dificuldades em iniciar novos relacionamentos afetivos, sociais e sexuais, além de rebaixamento da autoestima e comprometimento na identidade psicológica e social, o que, em alguns casos, podem se constituir como fatores precipitantes para o desenvolvimento de transtornos mentais, como

ansiedade e depressão (Cardoso, 2013; Chambers et al., 2015; France et al., 2015; Kamen et al., 2015; Poletto, Heck, Calsa, & Moskovics, 2015; Straub, 2014).

O transtorno depressivo pode ser desencadeado devido a fatores como impossibilidade de cura para a enfermidade, limitações impostas pela doença, sentimento de ausência de controle sobre o futuro, afastamento de pessoas, autculpabilização frente à exposição e contágio pelo vírus e culpa diante da possibilidade de ter infectado alguém (Seidl & Faustino, 2014; Straub, 2014). Os prejuízos acarretados pela depressão na vida das pessoas que vivem com essa condição podem ser devastadores, uma vez que o processo de adoecimento pode gerar um profundo sofrimento psíquico e conseqüentes alterações no sistema imunológico, favorecendo o agravamento da doença e a mortalidade nessa população (Brasil, 2012b; Poletto, Heck, Calsa, Bonfim, & Moskovics 2015; Skalski et al., 2015).

De acordo com Zuniga, Yoo-Jeong, Dai, Guo e Waldrop-Valverde (2015), pessoas diagnosticadas com HIV/Aids tendem a mostrar humor negativo e apresentam maior probabilidade de se ausentarem das consultas médicas. Com base nos dados encontrados no estudo que realizaram, estes pesquisadores ressaltaram a necessidade de identificação, bem como do tratamento de sintomas depressivos de indivíduos com essa condição para favorecer a eles uma melhor qualidade de vida.

A relação entre transtorno depressivo e HIV/Aids também foi objeto de estudo de Oliveira et al. (2009), sendo incluídos na amostra 115 indivíduos soropositivos acompanhados em uma unidade de referência para doenças infecciosas e parasitárias especiais em Belém, no Pará. Os pesquisadores identificaram elevada prevalência de transtorno depressivo maior em pacientes com este diagnóstico. Entre os sintomas prevalentes, destacaram-se tristeza, autoacusações, fadiga, irritabilidade, distúrbio do sono e preocupação somática.

Quadros de ansiedade do mesmo modo se mostram frequentemente associados ao diagnóstico de HIV/Aids. Os indivíduos que já apresentavam sintomas ansiosos antecedente ao adoecimento crônico podem ter os mesmos potencializados na medida em que são expostos a situações estressantes. Nesse contexto, foram evidenciados a preocupação relacionada com a progressão da enfermidade e o medo de infectar outras pessoas e de ser rejeitado em seu contexto social, familiar e ocupacional (Campos & Thomason, 2007; Christo & Paula, 2008; Poletto et al., 2015).

Embora se apresente com menos frequência, também há registros da ocorrência de mania e psicose em pacientes com HIV/AIDS (Christo & Paula, 2008; Gaynes et al., 2015; Kee et al., 2015; Brasil, 2012a). Há indicativos que tais alterações psiquiátricas podem ser secundárias à doença, manifestando-se em consequência de efeitos adversos da TARV e/ou de doenças oportunistas (Christo & Paula, 2008; Brasil, 2012b).

Para além das alterações psiquiátricas citadas, a adição a substâncias psicoativas apresenta-se ainda como um fator relevante nessa parcela da população. O uso de drogas é frequentemente relacionado a efeitos danosos ao processo de adesão ao tratamento, ao aumento de proliferação do vírus HIV e ao aceleração de demência. Alguns déficits cognitivos acarretados após o adoecimento, como alterações nas funções de atenção, aprendizagem, memória, fluência verbal, integração visomotora e função executiva, podem ser potencializadas pelo uso de drogas lícitas ou ilícitas (Christo & Paula, 2008; Brasil, 2012b).

Nessa perspectiva, destaca-se a relevância dos fatores emocionais e cognitivos associados ao processo de adoecimento, já que influenciam na resolução de problemas, na tomada de decisão, no autocuidado, no tratamento e na reabilitação de enfermidades crônicas como o HIV/Aids (Colleto & Câmara, 2009; Figueiras, Machado, & Alves, 2002; Straub, 2014). Com isso, ressalta-se a necessidade de novos estudos que analisem a vivência desta doença a partir de uma visão holística do ser humano, que considere não somente seu contexto biológico, mas também psicossocial e espiritual.

1.1.4 O tratamento antirretroviral

No que tange ao tratamento do HIV/Aids, consideráveis mudanças foram registradas nas últimas décadas permitindo com que houvesse modificações importantes em sua classificação. Anteriormente considerada uma doença aguda e fatal, atualmente passou a ser definida como uma doença crônica transmissível e manejável (Alencar, Nemes, & Velloso, 2008; UNAIDS, 2015). No início da epidemia, os recursos para detecção e tratamento do vírus eram escassos e limitados, dessa forma a descoberta da sorologia era identificada tardiamente, com poucas possibilidades terapêuticas e baixa expectativa de vida (Agostini, Maksud, & Tulio, 2017). A partir de 1987, um novo fármaco conhecido como zidovudina (AZT), cuja função principal era de tornar lenta a replicação do HIV, passou a ser utilizado no tratamento da Aids. Contudo, ainda que contribuísse para o aumento da sobrevivência das pessoas infectadas pelo vírus, o uso isolado dessa medicação desencadeava diversos efeitos colaterais, tais como anemia, enjojo, dores de cabeça e/ou musculares (Campos & Thomason, 2007; Scheffer, 2000).

Em 1995, foram publicadas pesquisas indicando a baixa efetividade em tratamentos conduzidos exclusivamente por meio da monoterapia, quando comparado ao uso combinado com AZT e outras drogas. Em 1996, a utilização da monoterapia com AZT para o tratamento do HIV/Aids foi proibida na rede pública de saúde no Brasil (Scheffer, 2000). Ainda no referido ano, foi implementado a TARV, com acesso disponibilizado de forma gratuita a todos os indivíduos soropositivos pelo SUS (Seidl, Zannon, & Troccoli, 2005). O advento da TARV permitiu uma redução considerável nas manifestações clínicas relacionadas à infecção pelo HIV, auxiliando na melhora da qualidade de vida e do prognóstico de pessoas em tratamento. Seu principal objetivo é desacelerar a multiplicação do vírus através da supressão viral e restauração do sistema imunológico (Brasil, 2018b).

Atualmente, no Brasil, encontram-se disponíveis 17 medicamentos que estão divididos em quatro classes de antirretrovirais, mais potentes e com menor toxicidade, sendo eles: inibidor transcriptase reversa análogos de nucleotídeos (ITRN), que atuam na enzima transcriptase reversa, incorporando-se à cadeia de DNA criada pelo vírus, transformando essa cadeia irregular e impedindo a reprodução do vírus; inibidor da transcriptase reversa não análogos de nucleotídeos (ITRNN), responsável por bloquear a ação da enzima, bem como a sua multiplicação e o desenvolvimento da infecção no organismo; inibidor de protease (IP), que impedem a produção de novas cópias de células infectadas com HIV; e inibidor de fusão (IF), que impossibilita a entrada do vírus na célula (Brasil, 2008).

Para que seja possível obter um melhor manejo sobre o controle da infecção pelo HIV, é necessário a introdução de, no mínimo, duas medicações de classes diferentes, embora a maioria dos pacientes receba regularmente um quantitativo de três a quatro antirretrovirais. Vale salientar que alguns remédios destinados ao tratamento do HIV/Aids não podem ser administrados de forma conjunta, pois interagem entre si, potencializando os efeitos tóxicos ou inibindo a sua ação (Brasil, 2008).

De acordo com Soares e Costa (2012):

O uso de esquemas contendo associação de 3 medicamentos antirretrovirais sobrepujou a emergência de resistência viral facilmente observada com o uso da monoterapia ou terapia dupla contendo inibidores nucleosídicos da transcriptase reversa. Ao esquema combinado de 3 antirretrovirais contendo inibidores de protease foi dado o nome de Highly Active Antiretroviral Therapy (HAART) nos Estados Unidos e de tratamento antirretroviral altamente ativo ou simplesmente “coquetel” no Brasil (p. 845).

A partir de dezembro de 2013, foi implementado um protocolo que preconiza o início da TARV após a confirmação do diagnóstico, independentemente das condições imunológicas ou

contagem de T CD4+ do indivíduo infectado (Ramos-Cerqueira, Seidl, Malerbi, Nogueira, & Côco, 2018), considerando, contudo, o desejo e a motivação apresentados pelo sujeito, de acordo com a medida terapêutica denominada tratamento como prevenção (TasP) (Saúde, 2013a).

Segundo Ramos-Cerqueira et al. (2018):

Há sustentação científica para a adoção dessa medida: as pessoas que vivem com HIV/Aids que apresentam supressão viral persistente, carga viral indetectável por longo tempo (inferior a 50 cópias virais/mL) têm risco acentuadamente reduzido de transmitir o HIV, tanto em relações sexuais heterossexuais como em relações de homens que fazem sexo com homens (p. 85).

Todavia, estudos têm evidenciado que a resposta ao regime terapêutico de alta efetividade com o monitoramento da contagem de CD4+ e carga viral do HIV, está relacionado à redução de risco de progressão da doença e da incidência de morte. Ademais, têm demonstrado que as taxas de redução na carga viral dos pacientes infectados pelo vírus estiveram associadas à importantes melhoras no estado de saúde geral dessas pessoas (Lomar & Diamant, 2005). No entanto, os indivíduos soropositivos ainda não estão isentos de efeitos adversos que surgem, geralmente, no início ou em troca de medicação, como náuseas, vômitos, diarreia, gases e azia, tampouco da lipoatrofia (Brasil, 2008a; Souza, 2008).

Dentre as áreas do corpo acometidas pela lipoatrofia, nota-se que a face é a região mais impactada. A lipoatrofia facial consiste na perda progressiva da gordura facial, em decorrência da redução de gordura malar (gordura de Bichat) e da gordura temporal. Esta desencadeia o surgimento de novos sulcos cutâneos, a acentuação dos mesmos e conseqüente enrugamento e perda da gordura facial, deixando o indivíduo com um aspecto semelhante ao provocado pelo envelhecimento. Além disso, as conseqüências oriundas dessa síndrome resgataram a concepção de “faces de doença” e sucessivamente, o estigma da “cara da Aids” relacionada ao medo da revelação involuntária do diagnóstico (Soares & Costa, 2011).

Rachid e Schechter (2008) reforçam que:

A preocupação com efeitos colaterais em longo prazo assumiu grande importância. Por outro lado, embora representem enorme progresso, as limitações das drogas atualmente disponíveis são evidenciadas pela incapacidade de erradicar a infecção e pela frequência com que falhas virológicas ocorrem na prática clínica (p. 17).

Diante disso, *“deve-se estar atento para as conseqüências da adesão inadequada ao tratamento. Se individualmente a não adesão ao tratamento implica em falência terapêutica e conseqüente prejuízo ao tratamento, coletivamente existe a ameaça de disseminação de HIV”* (Camargo, 2011, p. 37). A adesão configura-se como uma questão não somente médica, mas também social e política, o que justifica o investimento realizado pelas esferas governamentais diante da necessidade de controle da epidemia (Brasil, 2008).

1.2 Adesão ao Tratamento Antirretroviral

Os novos esquemas terapêuticos disponíveis para o controle do HIV e a criação de políticas públicas pelo Ministério da Saúde do Brasil marcaram o início de uma nova fase no país: HIV/Aids distanciaram-se da concepção de morte iminente veiculada na década de 1980 e as pessoas vivendo com essa condição passaram a ter alternativas frente ao seu tratamento. Estes notáveis avanços médico-farmacológicos alcançados nas últimas décadas contribuíram para a redução da mortalidade e morbidade dessa população, assim como para a diminuição do quantitativo de internações hospitalares e do risco de progressão para a Aids. Além disso,

proporcionou o controle da replicação virológica, o decréscimo ou mesmo a possibilidade de tornar indetectável a carga viral e o aumento da expectativa de vida. Todavia, esses benefícios só se tornam possíveis quando associados a adesão satisfatória ao tratamento, que corresponde a seguir as prescrições e recomendações dos profissionais de saúde (Almeida, 2011; Bonolo, Gomes, & Guimarães, 2007; Padoin et. al, 2011).

Nesse sentido, os baixos índices de adesão a TARV se configuram como desafios para profissionais e gestores das políticas de saúde pública no país (Almeida, 2017; Durães, 2011; Silva, Dourado, Brito, & Silva, 2015), visto que a adesão ao regime terapêutico prescrito pelo profissional de saúde é, de fato, um dos maiores problemas vivenciados no âmbito das doenças crônicas. Afinal, para que seja possível alcançar êxito na prevenção ou no controle de agravos à saúde, é necessário que haja seguimento do plano terapêutico. Vale salientar que adesão não se restringe ao uso adequado da medicação, mas contempla comportamentos diversos e inclui aspectos físicos, psicológicos, apoio social e boa relação interpessoal com os profissionais de saúde (Gusmão & Mion Jr., 2006; Leite & Vasconcellos, 2003; Martins, 2008). Trata-se de um processo com características abrangentes e multidimensionais, que requer a incorporação pontual ou definitiva de hábitos simples ou complexos no cotidiano do paciente, tendo por finalidade obter as condições necessárias para a manutenção ou a recuperação da saúde (Ramos-Cerqueira, 2018).

De acordo com a Organização Mundial de Saúde (OMS, 2003), a adesão pode ser classificada pelo grau de comprometimento do indivíduo quanto a ingestão de medicamentos, a manutenção do plano alimentar e a adoção de mudanças no estilo de vida, em conformidade com as recomendações preconizadas pelo médico e outros profissionais de saúde. Carvalho, Barroso e Coelho (2019) apontam que a adesão pode ser identificada quando há seguimento de, ao menos, 95% das prescrições do tratamento em sua totalidade. No entanto, como ressaltam Ribeiro e Costa Neto (2011), a adesão não implica em mero atendimento a comandos médicos, mas deve integrar a aceitação e a escolha do sujeito em dar início e prosseguimento às prescrições medicamentosas e demais recomendações terapêuticas. Com isso, é conferido ao indivíduo autonomia e corresponsabilidade frente ao sucesso do tratamento, com uma participação ativa em todo o processo, de modo conjunto com a equipe de saúde, em uma relação de confiança mútua.

A não adesão ou adesão irregular é apontada como um dos principais motivos de crescimento dos índices de mortalidade e morbidade. Além disso, está associada a comprometimentos psicossociais, redução da qualidade de vida e aumento dos custos relacionados aos serviços de saúde. Cabe salientar que a não adesão ou baixa adesão aos antirretrovirais implica na falência dos esquemas básicos de tratamento. Com isso, se faz necessária a introdução de novas combinações de remédios, a fim de controlar a replicação do vírus no organismo e possíveis agravos à saúde, havendo também o aumento do número de comprimidos prescritos. Quando as combinações medicamentosas se esgotam, uma vez que o vírus apresenta resistência aos medicamentos já utilizados, encerram-se as medidas terapêuticas disponíveis, levando o sujeito à morte frente a piora do quadro clínico (Silva et al., 2015).

Diante disso, estudiosos têm se dedicado a melhor compreender os fatores que influenciam o comportamento dos indivíduos em aderirem ou não a um regime terapêutico. Acredita-se que, através de determinados modelos e teorias, seja possível elaborar intervenções para modificar comportamentos de não adesão, na medida em que se tenha maior compreensão das atitudes, crenças e valores subjacentes (Dias et al., 2011; Rocha, 2008; Sousa, 2017). A adesão pode ser compreendida por meio de cinco orientações teóricas principais, sendo elas: o modelo biomédico, o modelo do comportamento operante e teoria da aprendizagem social, a teoria da crença racional, a abordagem comunicacional e a teoria dos sistemas (Pais-Ribeiro, 2007). O modelo biomédico pressupõe que o doente é um elemento passivo frente ao seu tratamento, sendo percebido como um cumpridor de orientações médicas, tendo em vista a

terapêutica prescrita. Neste modelo, a função exercida pelo indivíduo é a de cumprir e/ou aceitar o regime prescrito, sendo isento de participação direta nas questões que lhe envolvem. A adesão é compreendida com base em suas características de personalidade.

Por outro lado, o modelo do comportamento operante e a teoria da aprendizagem social enfatizam a importância dos esquemas de reforçamento positivo e negativo como recursos para aquisição ou fortalecimento dos comportamentos de adesão do paciente. A ênfase é direcionada aos estímulos que mantêm o comportamento desejado, utilizando como estratégia as recompensas que atuam como reforço positivo para a ação ou a retirada de um estímulo aversivo frente a manutenção do comportamento desejado (Pais-Ribeiro, 2007). Segundo Machado (2009), esta perspectiva é mais apropriada quando se deseja potencializar e/ou desenvolver capacidades através do treinamento de sequências de ações específicas, a fim de implementar comportamentos de adesão.

A abordagem comunicacional estimula os profissionais de saúde a aperfeiçoarem as suas competências de comunicação com o paciente, bem como a desenvolverem uma relação com o mesmo em bases igualitárias (Machado, 2009; WHO, 2003). Este modelo tem apresentado maior satisfação do indivíduo com relação aos cuidados de saúde a ele prestados. Contudo, para que seja possível iniciar e manter a abordagem proposta, é necessário que o profissional estabeleça uma comunicação cordial com o paciente, compartilhe informações com objetivos claros e específicos, averigue se houve a compreensão desejada da mensagem pelo ouvinte e se o paciente atribuiu sentido ao que foi compartilhando, aceitando ou acreditando no conteúdo abordado (Pais-Ribeiro, 2007).

De acordo com a teoria da crença racional, o comportamento humano é desencadeado por um processo de pensamento lógico e objetivo. Este modelo enfatiza o modo como os indivíduos descrevem a ameaça à saúde e como analisam os fatores que podem ser potencialmente facilitadores ou dificultadores para lidarem com os estressores presentes. Considerando os riscos, benefícios e prejuízos das ações que podem afetar a saúde do sujeito, este desenvolve comportamentos de *coping* , a fim de resguardar a sua saúde. Diante disso, a compreensão reduzida dos benefícios ou malefícios em adotar ou não o comportamento orientado pelo profissional resultará na não adesão. A decisão de iniciar ou adiar a adesão às recomendações recebidas procederá, portanto, da avaliação do seu custo-benefício (Pais-Ribeiro, 2007).

Por fim, na teoria dos sistemas proposta por Leventhal, Diefenback e Leventhal (1992), adotada no presente trabalho, o indivíduo é compreendido como alguém que pode apresentar uma participação ativa na resolução de seus problemas. Nesse sentido, defende-se que a adesão ao tratamento é influenciada pelas representações que este possui sobre o processo saúde-doença, suas expectativas, planos e estratégias para modificar o seu estado clínico.

Leventhal e Cameron (1987) afirmaram a influência de fatores externos e fatores intrínsecos no sistema de autorregulação, no sistema cognitivo de *coping* frente às ameaças percebidas e no sistema de gerenciamento das emoções. As recordações de acontecimentos anteriores à enfermidade contribuem para que o indivíduo construa as suas representações sobre a doença, estratégias de *coping* e processos de avaliação. Essas memórias agem de forma mútua com os sintomas apresentados, criando um sistema cognitivo que influencia o modo como as pessoas compreendem a enfermidade ou como analisam o processo saúde-doença e, conseqüentemente, interferem na sua tomada de decisão e nos seus comportamentos. Assim, a adesão exige um conjunto de crenças adaptativas diante da realidade do conviver com HIV/Aids e, sobretudo, da maior percepção de controle e gerenciamento da doença (WHO, 2003).

Ressalta-se que, apesar das teorias e modelos terem por objetivo compreender o processo de adesão por meio de diferentes perspectivas, estas apresentam vantagens e desvantagens, incluindo a impossibilidade de explicar a adesão diante dos múltiplos fatores que afetam a mesma, afinal se trata de um fenômeno complexo, que abrange as particularidades de doenças diversas (Machado, 2009; WHO, 2003).

1.2.1 Variáveis psicossociais associadas à adesão ao tratamento antirretroviral

A má administração ou abandono da terapia medicamentosa faz com que o indivíduo soropositivo fique mais propenso a infecções oportunistas e a consequentes agravos à saúde, incluindo o desenvolvimento da Aids (Polejack & Seidl, 2018). Ademais, essas condutas podem resultar na impossibilidade de combinações medicamentosas para o controle da doença, visto que, ao suspender o esquema terapêutico disponível, perde-se a oportunidade de dar continuidade a essa medicação, sendo necessária a administração de um novo esquema, o que pode levar o sujeito a óbito devido à ausência de fármacos (Rachid & Schechter, 2008).

Castilho et al. (2006) afirmam que a administração incorreta das medicações ou a interrupção ao TARV nos primeiros seis meses após o início do tratamento é considerado um problema, em particular para o público adulto jovem, na faixa etária entre 25 e 34 anos. A atenção é redobrada quando os pacientes apresentam histórico de transtornos psiquiátricos, de uso de drogas lícitas ou ilícitas e de internações hospitalares frequentes anteriores ao tratamento da infecção.

Entre os obstáculos identificados na adesão à TARV, destacam-se: o diagnóstico recente da infecção por idade inferior a 34 anos; menor grau de instrução; uso de substâncias psicoativas; reações adversas dos medicamentos e complicações da doença; tamanho das pílulas; impacto dos antirretrovirais na aparência física (lipodistrofia); condições socioeconômicas desfavoráveis; falta de acesso a assistência adequada; estigma de viver com HIV/Aids, bem como o elevado índice de adesão exigido para que o tratamento tenha os resultados esperados (Melchior, Nemes, Alencar, & Buchalla, 2007; Silva, Dourado, Brito, & Silva, 2015).

Por outro lado, os fatores apontados como facilitadores dos comportamentos de adesão incluem o conhecimento e compreensão sobre a doença e seu respectivo tratamento, uma boa vinculação e comunicação com os profissionais de saúde e acesso facilitado aos serviços de saúde (Brasil, 2014). Outra variável que se mostra promotora de bons níveis de adesão ao tratamento é a autoeficácia, que se refere ao quanto o indivíduo se considera capaz de tomar as medicações de acordo com a prescrição médica, bem como à crença na capacidade de lidar com as adversidades que possam intervir no seguimento regular do tratamento (Santos et al., 2014; Seidl, Melchíades, Farias, & Brito, 2007).

Um estudo qualitativo foi realizado por Melchior, Nemes, Alencar e Buchalla (2007), com a finalidade de analisar as dificuldades apresentadas por pacientes soropositivos em relação à adesão ao tratamento. Foram incluídos 34 participantes que estavam em tratamento em diferentes serviços ambulatoriais do estado de São Paulo. De acordo com os pesquisadores, foram verificados três fatores potencialmente prejudiciais à adesão, relacionados a questões sociais e do estilo de vida, sendo eles o estigma da doença, as crenças sobre a medicação e o uso dos antirretrovirais. Observou-se, entre pacientes com melhor adesão, predomínio de dificuldades relacionadas ao uso da medicação, enquanto aqueles com aderência média apresentaram os três tipos de dificuldades identificados. Com isso, concluíram que os aspectos sociais e culturais são variáveis que possuem uma interferência negativa maior quando comparados a ingestão das medicações.

De acordo com o Brasil (2008), o início da administração da TARV, a mudança de esquema terapêutico e a ocorrência de efeitos colaterais são momentos importantes a serem considerados para o alcance e manutenção da adesão. Com isso, é necessário que o suporte direcionado a essa população comece antes da introdução da medicação, prosseguindo durante o tratamento, de acordo com as necessidades e particularidades de cada caso, o que inclui também aqueles indivíduos que apresentam níveis elevados de adesão.

Entre as variadas estratégias potencialmente capazes de auxiliar na adesão a TARV, destacam-se: a) consulta individual com o foco direcionado à adesão, quando o profissional de

saúde tem a oportunidade de orientar o paciente acerca de fatores de risco que podem acarretar na falha terapêutica, bem como identificar a motivação deste para início e/ou continuidade do tratamento, possíveis dificuldades de adaptação às medicações prescritas e modos de *coping* frente ao adoecimento; b) consulta conjunta, que se caracteriza pelo atendimento compartilhado entre profissionais de saúde, geralmente com formações distintas, que atuam conjuntamente para compreender e manejar os aspectos concernentes à adesão; c) intervenções em grupos, enquanto um espaço destinado a troca de experiências entre pessoas que possuem o mesmo diagnóstico, ao apoio social e a elaboração de estratégias de *coping*; d) rodas de conversa, como espaço voltado à estimulação da autonomia através da troca de informações e da promoção de reflexões; e e) atividades em sala de espera, com ações educativas e interativas para se abordar o tema da adesão, como exposição de vídeos, debates e utilização de cartilhas. Estas práticas favorecem a construção do diálogo entre pacientes e profissionais, possibilitando o esclarecimento de dúvidas e a desconstrução de mitos acerca do HIV/Aids (Brasil, 2014).

1.3 Percepção de Doença e HIV/Aids

O modelo do senso comum (MSC), também conhecido como modelo de autorregulação do comportamento em saúde desenvolvido por Leventhal, Phillips e Burs (2016), parte do pressuposto que a decisão de seguir as recomendações de tratamento é influenciada pelas percepções ou crenças que o indivíduo possui sobre a sua doença. Esta perspectiva teórica adota a premissa de que o paciente possui um papel ativo na resolução de seus problemas, respondendo de forma dinâmica ao adoecimento, de acordo com a sua interpretação e avaliação (Broadbent et al., 2006; Cameron & Leventhal, 2003). Acredita-se que essas crenças são constituídas por cada indivíduo segundo experiências prévias de vida e interpretações das ameaças percebidas sobre sua condição de saúde (Figueiras, Machado, & Alves, 2002).

O referido modelo foi proposto em 1980 e procedeu de estudos sobre o impacto de mensagens de medo sobre o comportamento preventivo (Sousa, 2003). Howard Leventhal identificou que as mensagens de medo, independentemente do receio causado, eram efetivas quando direcionavam o emprego de uma ação. Inferiu-se, assim, que o fator essencial que conduzia a adoção de comportamentos preventivos não apresentava relação com as mensagens de medo em si, mas sim com o modo com que as pessoas representavam ou compreendiam a ameaça de doença (Quiceno & Vinaccia, 2010).

Para Leventhal, quando os pacientes são comunicados sobre o diagnóstico de uma doença, eles comumente acionam um padrão de crenças sobre sua condição, que, por sua vez, irá propiciar a emissão de comportamentos frente à necessidade de manejo da enfermidade. Nota-se que essas percepções ou representações cognitivas influenciam diretamente as respostas emocionais do indivíduo ao adoecimento e os modos de *coping* utilizados diante da ameaça percebida à saúde (Figueiras, 2008; Broadbent, Petrie, & Weinman, 2006).

De acordo com esse modelo, as respostas às enfermidades seguem habitualmente três etapas (Pacheco-Huergo et al., 2012). A primeira é a representação cognitiva e emocional da ameaça à saúde, quando a pessoa acometida por algum agravo, ao perceber pistas internas (ex. sintomas) ou externas (ex. informação), tenta atribuir um significado ao problema com base nas suas cognições preexistentes sobre a doença. Essas cognições organizam-se em cinco dimensões: a) compreensão sobre sua doença e seus sintomas (identidade); b) crenças sobre o possível impacto que a doença poderá causar em sua vida (consequências); c) percepção do tempo que a doença levará para se desenvolver, bem como a duração da mesma (dimensão temporal); d) razões atribuídas para o surgimento da doença (causas); e) crenças relacionadas ao tratamento e ao quanto o paciente crê que sua doença terá tratamento ou cura (cura/control) (Ogden, 2004). A partir dessas representações, o sujeito desenvolverá estratégias de *coping*, na tentativa de reestabelecer o equilíbrio físico e emocional ameaçados pela enfermidade (Broadbent, Petrie, Main, & Weinman, 2006).

A segunda etapa refere-se ao desenvolvimento e a execução das estratégias de *coping*. Nesta fase, o indivíduo identifica e seleciona modos e recursos de *coping* que lhe permitem reestabelecer o equilíbrio físico e emocional ameaçado ou perdido. Por fim, na terceira fase ocorre a avaliação das estratégias de *coping* empregadas, com fins de adaptação à doença ou às suas consequências, mantendo a qualidade de vida dentro do possível (Pacheco-Huergo et al., 2012).

De acordo com Leventhal et al. (2016), quando há alguma alteração na saúde física, o indivíduo interpreta seus sintomas e inicia o processo de especulação sobre a doença. A representação que o sujeito possui sobre a enfermidade irá influenciar no tipo de estratégia que irá adotar para manejar os seus sintomas. Ressalta-se que a interpretação dos sintomas é fundamentada em fatores diversos, incluindo lembranças de experiências pessoais prévias com os sintomas e nível de conhecimento sobre as doenças. Ademais, segundo Leventhal, Brissetti e Leventhal (2003), não é preciso que o sujeito tenha experiência diretas com a doença para que desenvolva suas próprias percepções frente a mesma, visto que esse processo também pode ocorrer por meio da vivência de familiares ou de pessoas próximas.

Este modelo tem sido empregado e avaliado de forma satisfatória em estudos diversos associados a doenças crônicas, como osteoartrite carpometacarpal (Mark et al., 2019), doença pulmonar obstrutiva crônica (Contoli et al., 2019; Tiemensma, Gaab, Voorhaar, Asijee, & Kaptein, 2016), asma (Smits et al., 2020), dermatite artópica (Siafaka, Zioga, Evrenoglou, Mavridis, & Tsabouri, 2020), câncer (Tan et al., 2020), epilepsia (Siarava, Markoula, Sygkliti-Henrietta, Kyritsis, & Hyphantis, 2019), artrite reumatoide (Gwinnutt et al., 2020) e hipertensão arterial sistêmica (Klein et al., 2020).

Logo, observa-se que este modelo, ao ser aplicado a comportamentos relacionados ao processo de saúde e doença, abarca questões sociais e culturais com atenção voltada ao campo da psicologia da saúde (Leventhal et al., 1997; Leventhal, et al., 2003). Assim, estudiosos tem se empenhado na busca pela melhor compreensão sobre a percepção de doença, tendo em vista a sua relevância na assistência prestada aos pacientes com enfermidades crônicas, incluindo aqueles diagnosticados com HIV/Aids.

1.3.1 Significados sociais sobre HIV/Aids e influência sobre percepção de doença

HIV/Aids, desde suas primeiras manifestações, tem se constituído como um fenômeno social que transcende o conceito de doença, estando permeado por fortes estigmas identificados no contexto cultural. Grande parte da população em geral ainda expressa crenças disfuncionais sobre a doença, sendo que os mais afetados por esses conceitos errôneos são as pessoas que vivenciam este diagnóstico. Tais concepções podem afetar o modo como estas pessoas lidam com a doença, além de contribuir para a manutenção de comportamentos de risco e do preconceito (Nogueira & Seidl, 2016).

Em um estudo realizado na Nigéria, com pessoas que haviam sido infectadas pelo vírus, observou-se que a maioria dos entrevistados mostrou visões permeadas por crenças religiosas e culturais, em que a Aids foi considerada uma doença que acomete pessoas imorais, sendo a mesma um castigo de Deus. Observou-se baixo nível de conhecimento e crenças disfuncionais sobre a doença, reforçando a importância de programas eficazes de conscientização sobre essa condição, com o intuito de mudar comportamentos e reduzir a percepção negativa e, consequentemente, o estigma associado à enfermidade (Muoghalu & Jegede, 2013).

A percepção de doença no que diz respeito ao HIV/Aids tem sido pouco investigada em âmbito mundial e configura-se como um campo de pesquisa a ser melhor explorado no Brasil, haja vista que estudos relacionados a esta temática contribuem para o fortalecimento da relevância desse constructo no contexto da enfermidade em questão (Kempainen, Kim-Godwin, Reynolds, & Spencer, 2008; Kossakowska & Zielazny, 2013; Muoghalu & Jegede,

2013; Nogueira & Seidl, 2016; Norcini, Pala, & Steca, 2015; Reynolds et al., 2009; Songwathana & Manderson, 1998).

Um estudo polonês realizado por Kossakowska e Zielazny (2013) teve por finalidade comparar a percepção de doença entre as pessoas infectadas pelo vírus, com aquelas diagnosticadas com Aids, ressaltando as possíveis diferenças na representação cognitiva da doença entre as mesmas. De acordo com os pesquisadores, os sujeitos que já haviam desenvolvido a doença apresentavam maior percepção de ameaça quando comparados às pessoas infectadas pelo vírus. Os participantes com Aids evidenciaram maiores prejuízos da doença em suas vidas e apresentaram menor percepção de controle frente à mesma, bem como maior percepção da gravidade dos sintomas. Além disso, possuíam maior preocupação com o adoecimento e maiores alterações no estado de humor, como tristeza e ansiedade.

Outro estudo, conduzido por Weiss et al. (2011), examinou as associações entre as percepções da doença, as crenças acerca dos medicamentos e o grau de adesão de 192 pacientes diagnosticados com HIV e hipertensão ou doença renal crônica. Foi constatado que os pacientes mencionaram maior gravidade a infecção pelo vírus, devido aos efeitos adversos dos antirretrovirais e maior percepção de consequências geradas por esta doença quando comparadas com a hipertensão e a doença renal crônica. Além disso, apresentaram maior conscientização da cronicidade da enfermidade e maior necessidade de fazer uso regular da TARV comparado ao uso de remédios para o tratamento das outras comorbidades. Constatou-se ainda que os pacientes com HIV apresentaram taxas semelhantes de adesão aos antirretrovirais (ARVs) em comparação ao uso dos medicamentos para as outras comorbidades investigadas, contudo, verificou-se maior importância dada aos ARVs, possivelmente devido ao fato do HIV apresentar maior percepção de ameaça à saúde.

Robbins et al. (2016) investigou peculiaridades relacionadas à falha virológica em uma população de alto risco nos Estados Unidos, com participação de 59 pacientes. Os pesquisadores observaram que a maior percepção de ameaça frente à doença mostrou-se associada a índices expressivos de sintomas depressivos, a não adesão ao tratamento medicamentoso e, conseqüentemente, ao aumento da carga viral. Diante das descobertas realizadas, concluíram que a averiguação das crenças sobre a doença e de índices de sintomas depressivos pode auxiliar na identificação dos pacientes com elevado risco de falha virológica após o início de um novo esquema de TARV.

Um estudo brasileiro de delineamento transversal e correlacional foi conduzido por Nogueira e Seidl (2016) com o objetivo de investigar a associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas que vivem com HIV/Aids. A pesquisa foi realizada em um serviço que oferecia assistência médica e psicossocial a pessoas com esse diagnóstico, em nível ambulatorial e de internação, em funcionamento em um hospital universitário que integrava a rede do SUS no Distrito Federal, sendo incluídos na amostra 28 indivíduos soropositivos. Entre os resultados observados, ressalta-se a correlação positiva e estatisticamente significativa entre percepção de doença e ansiedade e depressão. Assim, quanto maior foi a medida de percepção de ameaça imposta pela enfermidade maior foi a frequência de sintomas de ansiedade ou depressão. Com relação aos componentes de percepção de doença, evidenciou-se correlação estatisticamente significativa entre ansiedade e identidade, preocupações e emoções. Desta forma, quanto maior a percepção de sintomas graves vinculados à doença, quanto mais preocupações relacionadas à enfermidade o indivíduo possuía e quanto maior o impacto emocional da doença na vida da pessoa, maiores foram os sintomas de ansiedade relatados. Também foram encontradas correlações entre os componentes de percepção de doença e depressão no que tange às consequências da doença, identidade, preocupações e emoções. Com isso, um número maior de sintomas de depressão associou-se à percepção de piores consequências em decorrência da doença, à presença de sintomas graves, a maiores preocupações e a considerável impacto emocional.

Além do enfoque no estado emocional, outros estudos ressaltam a relevância das representações cognitivas sobre HIV/Aids mostrando que se trata de uma variável associada ao *coping* e ao gerenciamento efetivo da doença. Reynolds et al. (2009) destacaram o papel da percepção de doença no autocuidado, saúde e qualidade de vida de pessoas soropositivas. Tratou-se de um estudo multicêntrico, que envolveu indivíduos da Noruega, Taiwan, Porto Rico, Colômbia e Estados Unidos. Os pesquisadores constataram que os participantes que demonstraram menor percepção de controle sobre o HIV apresentaram índices maiores de sentimentos de medo, prática inferior de atividades de autocuidado e pior qualidade de vida relacionada à saúde. Assim, concluíram que o conceito de percepção de doença propicia recursos úteis para a melhor compreensão e gerenciamento de sintomas relacionados ao HIV e pode auxiliar na estruturação de intervenções efetivas para essa população. Norcini Pala e Steca (2015), por sua vez, encontraram associação entre maior percepção de ameaça imposta pela enfermidade, carga viral detectável e estratégias de *coping* desadaptativas, como *coping* passivo e uso de álcool.

A fim de investigar os preditores da qualidade de vida de pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, Catunda, Seidl e Lemétayer (2018) conduziram um relevante estudo brasileiro, fundamentado no modelo de autorregulação de Leventhal, com 95 indivíduos adultos, de ambos os sexos, que viviam com essa condição crônica. Assim, concluíram que a percepção de doença esteve associada a qualidade de vida, de maneira direta ou indireta, mediada pelas estratégias de *coping*. Dessa forma, quanto maior a percepção de ameaça imposta pela doença, pior a qualidade de vida percebida pelos participantes. Contudo, a utilização frequente de estratégias como aceitação, distração e suporte instrumental, bem como o menor uso de desengajamento comportamental e de reinterpretação positiva contribuíram para a redução do efeito negativo.

1.4 A Religiosidade e a Espiritualidade em HIV/Aids

Os aspectos religiosos e espirituais tem sido objeto de estudo crescente em diversos campos científicos, visto que desde os primórdios da humanidade essas variáveis encontram-se relacionadas à vida das pessoas (Almeida, 2010). Diante disso, torna-se relevante mencionar as características correspondentes a cada conceito. Segundo Koenig (2012), a religiosidade pode ser compreendida como um sistema organizado de crenças, práticas, rituais e símbolos reproduzidos com o objetivo de favorecer a aproximação do indivíduo com o transcendente. Enquanto a espiritualidade é definida como busca individual por explicações sobre o significado da vida, bem como pela ligação com o sagrado e/ou com o que propicia sentido à existência.

A religiosidade e a espiritualidade influenciam as crenças do paciente em relação a si mesmo, aos outros e ao processo saúde-doença (Oliveira & Junges, 2012; Borges, Anjos, Oliveira, Leite, & Lucchetti, 2013). Nesse sentido, tendem a ser utilizadas como forma de fortalecimento pessoal frente às fragilidades desencadeadas pela doença, como uma maneira de dar sentido e compreender a situação e como um modo de reduzir o sentimento de culpa gerado pelo adoecimento (Ferreira, Favoreto, & Guimarães, 2012).

De fato, em situações de crise, a religiosidade/espiritualidade se constitui em um modo de significar e de lidar com os desafios impostos pela doença e seu tratamento. A fim de confirmar as correlações positivas entre essas dimensões com as enfermidades crônicas, uma pesquisa descritiva, exploratória, de delineamento transversal foi conduzida por Silva et al. (2016). Este estudo foi composto por 65 pacientes com diagnóstico de hipertensão arterial sistêmica em tratamento no Centro de Atendimento de Doenças Crônicas da Secretaria Municipal de Saúde de Alfenas, município de Minas Gerais. Através de entrevistas semiestruturadas, os pesquisadores identificaram que a espiritualidade pode ser um fator benéfico diante de eventos adversos, auxiliando também no ajustamento e adaptação dos pacientes ao seu estado de saúde. Com isso, concluíram que essas dimensões interferem

positivamente no *coping* diante dos obstáculos da vida, além de aumentarem a resiliência do paciente, melhorando, assim, sua condição clínica.

Uma pesquisa recente se propôs a analisar a qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança de pessoas com doença renal crônica. O estudo foi realizado no Setor de Nefrologia do Instituto de Medicina Integral Prof. Fernando Figueira (IMIP), localizado em Recife, onde foram incluídos 139 pacientes, ambos em terapia renal substitutiva por meio de hemodiálise. Os pesquisadores encontraram correlações positivas entre qualidade de vida e os domínios de espiritualidade, religiosidade, crenças pessoais, relações sociais, aspectos psicológicos e meio ambiente. Isto é, aqueles que apresentaram melhor índice de qualidade de vida, demonstraram, respectivamente, maior crença no “Ser Supremo”, relacionamento interpessoal satisfatório e estado de humor estável. O estudo concluiu que as dimensões de espiritualidade, religiosidade e esperança de vida apresentaram-se de forma satisfatória no grupo analisado. Além disso, sinalizaram que estes aspectos mostraram ser medidas facilitadoras para o *coping* frente às dificuldades da vida diária vivenciadas por esses pacientes (Leimig, Lira, Peres, Ferreira, & Falbo, 2018).

No caso do acometimento por HIV/Aids, muitos pacientes costumam buscar na fé o conforto, a esperança e a força para superarem as adversidades vinculadas a este adoecimento (Ferreira, Favoreto, & Guimarães, 2012; Szaflarski, 2013). Segundo Peterson et al., (2010), a espiritualidade e a religiosidade podem ser uma relevante fonte de apoio social, além de trazerem benefícios aos indivíduos infectados pelo vírus. Os estudos mencionam que as pessoas que vivem com HIV/Aids consideram a religião uma importante fonte de apoio para o alívio do sentimento de culpa gerado pelo diagnóstico e encontram nos templos religiosos conforto, alívio e força para lidarem com a doença através de orações (Caixeta et al., 2012). A religiosidade é utilizada por esses pacientes como forma de fortalecimento individual frente às adversidades que a enfermidade impõe. Estes usam a fé como fonte de esperança para superarem a doença (Pinho et al., 2017) e a crença no poder de Deus para dar seguimento ao tratamento e ter maior sensação de bem-estar diante de uma doença ainda tão estigmatizada socialmente (Arrey et al., 2016).

A integração da espiritualidade e da religião no cuidado de pacientes com essa doença é de suma relevância, uma vez que essas pessoas enfrentam uma série de desafios como resultado do diagnóstico e do tratamento da doença (Cotton et al., 2006; Kremer & Ironson, 2009). Desse modo, a Organização Mundial da Saúde (2003), enfatizou a necessidade de cuidado espiritual para os pacientes como algo central e não periférico à saúde.

O *National Health Service Education for Scotland* (2009) define o cuidado espiritual como:

Aquele cuidado que reconhece e responde às necessidades do espírito humano quando confrontado com traumas, problemas de saúde ou tristeza e pode incluir a necessidade de significado, de auto-estima, para expressar a si mesmo, para o apoio da fé, talvez para ritos ou orações ou sacramento, ou simplesmente para um ouvinte sensível. O cuidado espiritual começa com o incentivo ao contato humano em um relacionamento de compaixão e se move em qualquer direção que a necessidade exija (p.2927).

Contudo, ressalta-se que da mesma forma que a vivência religiosa/espiritual pode trazer contribuições para uma melhor adaptação à doença, esta também pode acarretar impactos negativos e, conseqüentemente, comprometer as percepções ou crenças que esses indivíduos possuem sobre a enfermidade, os comportamentos adotados frente à ameaça à saúde e a adesão à medicação (Kemppainen, Kim-Godwin, Reynolds, & Spencer, 2008; Pinho et al., 2017). De fato, a espiritualidade e a religiosidade, podem ser fatores de difícil manejo para alguns pacientes na medida em que essas dimensões se relacionam a crenças que podem ser

prejudiciais à saúde, como a certeza de que a doença é um castigo divino ou até mesmo a recusa do tratamento para o controle da doença quando acreditam que serão curados mediante orações e meditações apenas (Kremer & Ironson, 2014).

Diante disso, Pinho et al., (2017) mencionam que a religiosidade com efeitos negativos está associada a necessidade de reconectar-se com crenças anteriores que, por algum motivo, foram negligenciadas, enquanto o sofrimento espiritual poderia ser expresso pela falta de finalidade ou significado na vida. Argumenta-se que a religiosidade com viés negativo é quando os pacientes se sentem rejeitados ou punidos por um ser superior, mas quando confiam que Deus os amam e perdoa apesar de suas deficiências configura-se um exemplo de religiosidade benéfica à saúde (Arrey, 2016). Assim, alguns podem fazer uso de crenças religiosas e espirituais danosas ou favoráveis para lidar com o processo de saúde e doença.

Para compreender melhor como a religiosidade e a espiritualidade associam-se com HIV/Aids, Carneiro (2015) realizou um estudo com a finalidade de avaliar a influência dessas dimensões na percepção da qualidade de vida de pessoas em tratamento medicamentoso. Foram incluídos 225 pacientes em acompanhamento ambulatorial no Instituto de Infectologia Emílio Ribas, no estado de São Paulo, entre os anos de 2013 e 2015. A coleta de dados foi efetuada através da aplicação de questionários e análise dos prontuários eletrônicos dos participantes. De acordo com as análises engendradas, a comparação entre os pacientes que se denominavam religiosos e/ou espiritualizados com aqueles que se intitulavam ateus ou agnósticos mostrou maiores escores de qualidade de vida no grupo religioso/espiritual. Assim, concluíram que as dimensões religiosas e espirituais mostram ter um impacto positivo sobre a percepção de qualidade de vida de pacientes soropositivos. Em consonância com estes resultados, Cruz et al. (2017) ressaltam que os aspectos religiosos e espirituais, bem como a fé em um ser supremo tem influenciado a vivência de infectados pelo vírus, uma vez que favorecem o desenvolvimento da percepção de aceitação, acolhimento e faz com que se sintam amados e cuidados.

Um relevante estudo de delineamento transversal, conduzido por Gauchet, Tarquinio e Fischer (2007), incluiu 127 pacientes franceses HIV positivo com o objetivo de analisar as associações entre a adesão à medicação e variáveis sociais e psicológicas. Os pesquisadores verificaram que os participantes que apresentaram um maior relacionamento espiritual estavam mais propensos a aderir ao tratamento. Além disso, constatou-se que crenças em Deus foram preditoras de melhores índices de adesão à medicação. O estudo concluiu que os valores espirituais estiveram altamente correlacionados com a adaptação psicológica e bons resultados de saúde.

A partir de uma pesquisa com 34 pacientes norte-americanos soropositivos, Kempainem et al. (2008) se propuseram a explorar as crenças pessoais sobre as causas e o significado de ter HIV/Aids, por um lado, e as crenças sobre a adesão à medicação por outro lado. De acordo com os pesquisadores, as causas da infecção pelo vírus foram atribuídas a fatores externos como a vontade de Deus, independentemente das condutas adotadas pelos indivíduos. Além disso, verificou-se que esses fatores estiveram associados a uma maior percepção de gravidade da doença, a crenças de consequências negativas, a uma baixa capacidade de gerenciamento do tratamento e a uma menor percepção de controle da doença.

1.4.1 Coping religioso/espiritual

Frente a eventos inesperados e ameaçadores, cada indivíduo pode reagir de forma distinta, conforme as suas particularidades. Diante disso, Lazarus e Folkman (1984) desenvolveram o modelo transacional de estresse e *coping*, a fim de melhor compreender o modo como cada sujeito reage quando se depara com situações adversas em diferentes momentos da vida. Neste modelo, o *coping* é definido como um processo interativo, no qual o sujeito e o ambiente mantêm uma relação dinâmica e bidirecional, compreendendo um conjunto de “*esforços*

cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas ou externas que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais” (p. 572). De acordo com essa perspectiva, as estratégias de *coping* utilizadas por cada indivíduo diante de situações de estresse são influenciadas por suas avaliações cognitivas (Faria & Seidl, 2005). Duas categorias principais de estratégias de *coping* podem ser identificadas: o *coping* funcional, que propicia um desfecho mais favorável, e o *coping* disfuncional, responsável por causar maior sofrimento (por exemplo, evitação). Ressalta-se que o respectivo modelo também se propõe a auxiliar na compreensão de como os indivíduos lidam com ameaças à saúde (Lazarus & Folkman, 1984).

O *coping* religioso/espiritual é compreendido como um conjunto de estratégias fundadas em recursos religiosos e/ou espirituais, que são desenvolvidas pelo indivíduo para lidar com situações de estresse e momentos adversos ao longo da vida, incluindo processos de adoecimento. Assim, a religiosidade e a espiritualidade têm sido consideradas ferramentas importantes nos modos de *coping* das novas situações que são impostas na vida das pessoas infectadas pelo HIV (Broncas, 2016; Pinho et al., 2017).

De acordo com Panzini e Bandeira (2007), o *Coping* Religioso/Espiritual Positivo abarca estratégias que propiciam benefícios significativos ao indivíduo que o utiliza. Entre as suas particularidades podem ser ressaltadas a procura de proteção Divina e por uma maior proximidade com a espiritualidade, como buscar amparo nas biografias religiosas, visando um maior conforto emocional; exercer o perdão; prezar pelos seus semelhantes através de orações e constituir uma conexão com o Sagrado para ressignificar o agente estressor, sem atribuições de julgamento. Por outro lado, o *Coping* Religioso/Espiritual Negativo caracteriza-se pela utilização de estratégias que desencadeiam efeitos danosos, levando os sujeitos a refletirem sobre o motivo de sua própria existência, as condutas e afeições do Ser Supremo e delegar a este a responsabilidade pela resolução de seus problemas, bem como sentir-se descontente com componentes de instituições religiosas e redefinir o estressor como uma forma de punição divina.

A literatura científica vem evidenciado um número crescente de estudos que abordam a influência e os efeitos dos aspectos espirituais e religiosos no desenvolvimento de *coping* dos indivíduos acometidos por doenças crônicas, como a Aids. Uma pesquisa de delineamento transversal, descritiva e com abordagem quantitativa, foi conduzida por Pinho et al. (2017). O público-alvo foram os pacientes em acompanhamento ambulatorial, com diagnóstico de HIV/Aids há pelo menos um ano, com idades a partir dos 18 anos. Os resultados indicaram que quanto maior a prática religiosa apresentada por esses indivíduos, medida através da escala de índice de religiosidade de Duke, mais eram utilizadas ou desenvolvidas estratégias de *coping* positivo frente à doença, identificadas por meio da escala de *coping* religioso-espiritual (CRE).

Os pesquisadores também identificaram que a religião esteve associada com melhor condição para lidar com questões emocionais, incluindo sentimento de desamparo e negação frente às características vinculadas à enfermidade. Além disso, constataram que aqueles que afirmaram ter religião demonstraram maiores níveis de satisfação com a vida e maior grau de adesão à TARV. Entre as diferentes formas de lidar com o adoecimento, o *coping* positivo foi mais utilizado, quando comparado ao *coping* negativo. Por outro lado, os pesquisadores observaram que os indivíduos com baixo nível de escolaridade foram os que mais fizeram uso do *coping* negativo. Em relação à adesão, os pacientes que mencionaram possuir mais crenças em Deus e realizar mais orações e preces demonstraram maiores índices de adesão ao tratamento medicamentoso (Pinho et al., 2017).

Nesta perspectiva, observa-se o potencial da religiosidade e da espiritualidade para proporcionar efeitos benéficos às pessoas diagnosticadas com enfermidades crônicas, incluindo a Aids, visto que podem atuar como forma de fortalecimento pessoal frente às fragilidades impostas pela doença, como uma maneira de compreender o porquê de tal situação e como um modo de reduzir possível sentimento de culpa (Ferreira, Favoreto, & Guimarães, 2012).

Todavia, podem também impactar negativamente o processo de adoecimento quando, por exemplo, ocorre uma relação conflitante com o ser sagrado ou quando uma visão pessimista do mundo é acentuada, fazendo com que os aspectos religiosos e espirituais deixem de ser um recurso de apoio e se tornem um agente estressor que maximiza o sofrimento diante das mudanças provocadas pelo adoecimento (Mellagi, 2009).

CAPÍTULO II

OBJETIVOS

2.1 Objetivo Geral

Este estudo teve por objetivo geral investigar a associação entre as vivências religiosas/espirituais e o *coping* religioso/espiritual com a percepção de doença, a adesão à medicação e os índices de ansiedade e depressão de pessoas vivendo com HIV/Aids que estavam em acompanhamento ambulatorial para manejo da doença em uma instituição de ensino e pesquisa da rede pública do Estado do Rio de Janeiro, pertencente ao SUS.

2.2 Objetivos Específicos

Os objetivos específicos que direcionaram a condução da pesquisa foram:

- Mensurar as crenças e práticas religiosas/espirituais, bem como os modos de *coping* religioso/espiritual, a percepção de doença, o grau de adesão ao tratamento antirretroviral e os níveis de ansiedade e depressão.
- Analisar as associações entre as crenças e práticas religiosas/espirituais com *coping* religioso/espiritual, com a percepção de doença, a adesão à medicação e níveis de ansiedade e depressão.
- Verificar as associações entre percepção de doença, adesão à medicação e níveis de ansiedade e depressão.

CAPÍTULO III

MÉTODO

Nessa seção será especificado o delineamento da pesquisa, além de serem apresentadas as características dos participantes que integraram o estudo e do local no qual o mesmo foi desenvolvido, seguido da descrição dos instrumentos utilizados, dos cuidados éticos adotados a fim de proteger os participantes, bem como dos procedimentos empregados na coleta e na análise de dados.

3.1 Delineamento da pesquisa

Trata-se de um estudo de abordagem quantitativa. A princípio foi realizada uma análise descritiva, de corte transversal e posteriormente, foram conduzidas análises correlacionais.

3.2 Participantes

A amostra foi constituída de 101 pacientes vivendo com HIV/Aids que foram selecionados, por conveniência, dentre os indivíduos que aguardavam atendimento médico para o controle do vírus no ambulatório de um hospital universitário e que preenchiam aos critérios de inclusão no estudo, a saber: (1) ter idade maior ou igual a 18 anos; (2) possuir o diagnóstico de HIV ou Aids; (3) estar ciente sobre sua condição de soropositividade; (4) estar em tratamento para o controle da infecção há um tempo de, no mínimo, três meses no ambulatório onde foi realizada a coleta de dados; (5) ser alfabetizado; e (6) consentir com a participação na pesquisa mediante a assinatura de um registro de consentimento.

Nos meses em que a coleta de dados ocorreu estavam agendados no ambulatório 438 pacientes com diagnóstico de HIV/Aids e comorbidades associadas. Destes, 433 atendiam aos critérios de inclusão no estudo e foram abordados pela pesquisadora com o convite para integrar a pesquisa. Como resposta, 132 pessoas aceitaram participar, mas 31 delas desistiram, restando, portanto, 101 participantes. Entre os pacientes que desistiram, a maioria não justificou os motivos para a interrupção do estudo ($n = 17$), enquanto os demais citaram, como as principais causas de desistência, a falta de tempo ($n = 10$), a extensão dos formulários ($n = 2$) e a dificuldade de compreensão das questões componentes dos instrumentos utilizados ($n = 2$). Os procedimentos detalhados sobre o recrutamento dos participantes do estudo encontram-se resumidos na Figura 1.

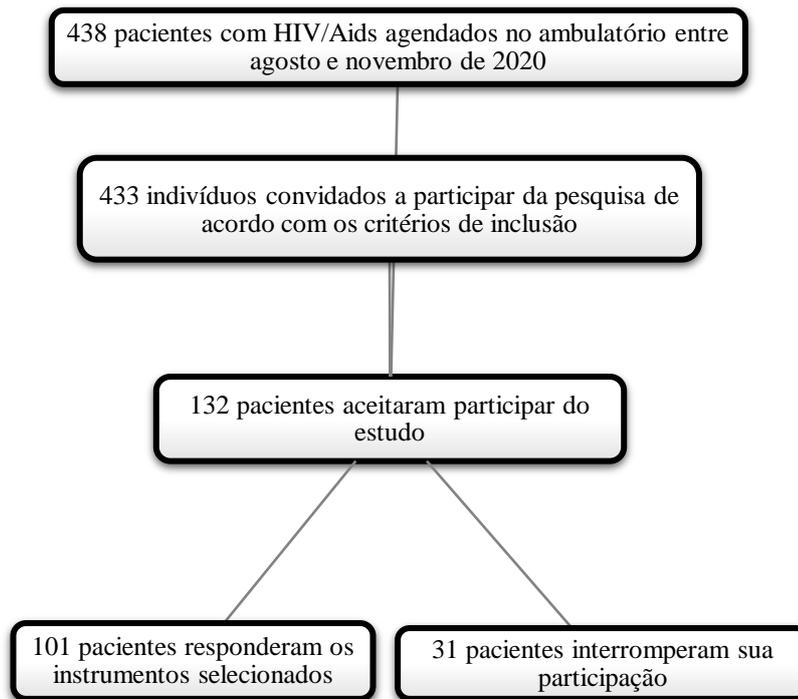


Figure 1- Organograma do quantitativo de pacientes convidados e que integraram a pesquisa.

3.3 Local de Desenvolvimento da Pesquisa

A pesquisa foi realizada no Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE), localizado na zona norte do município do Rio de Janeiro, vinculado à UERJ e pertencente à rede hospitalar do SUS. Na década de 1950, o HUPE iniciou as suas atividades hospitalares e, no ano de 1962, constituiu-se enquanto hospital-escola da Faculdade de Ciências Médicas (FCM/UERJ), onde a posteriori foi incorporado ao hospital das clínicas. Neste período, a instituição de saúde direcionava o seu foco à realização de práticas acadêmicas de ensino e pesquisa, com o acompanhamento e estudo de casos raros e de enfermidades em estágio avançado. No ano de 1975, passou por novas modificações, tornando-se também um hospital de atendimento geral. Com isso, passou a se adequar às necessidades da parcela da população com maior carência socioeconômica, tornando-se uma unidade de referência na formação e capacitação de alunos e profissionais, bem como na assistência a cidadãos com diferentes agravos à saúde.

Em termos de sua infraestrutura, dispunha, no período da pesquisa, de aproximadamente 525 leitos direcionados às pessoas que necessitam de internação hospitalar, além dos ambulatórios que ofereciam atendimentos a sujeitos com quadros clínicos estáveis de especialidades diversas (HUPE, n.d.). A coleta de dados foi efetuada no Ambulatório de Doenças Infecciosas e Parasitárias (DIP), no período de agosto a novembro de 2020. Esse setor presta assistência ambulatorial especializada em infectologia a pacientes com diagnóstico de doenças infectocontagiosas, havendo dias definidos para cada tipo de patologia. A equipe é composta por um médico responsável pelos atendimentos do dia, médicos residentes em infectologia e alunos de graduação em medicina do quarto ano.

A porta de entrada dos pacientes é através do Sistema Nacional de Regulação - SISREG, sistema online desenvolvido com a finalidade de auxiliar o gerenciamento do acesso aos serviços assistenciais vinculados ao SUS, desde a Atenção Básica de Saúde até a internação hospitalar (SISREG, 2008). Ao longo da semana, são atendidos em média cem pacientes, sendo agendados vinte por dia.

3.4 Instrumentos

Na coleta de dados, para obtenção das medidas referentes às variáveis investigadas foram utilizados instrumentos padronizados e elaborados com base nos modelos teóricos de escolha, todos eles transformados em versão *on-line* a partir do formulário Google Forms³, com cuidado para a preservação de seus conteúdos. Trata-se de questionários e escala que se encontram traduzidos para o português e validados na população brasileira, constituindo-se, portanto, instrumentos confiáveis e de fácil aplicação. A exceção foi de apenas um dos instrumentos, elaborado especificamente para este estudo com vistas a obter dados de contextualização sociodemográfica e clínica dos participantes.

3.4.1 *Questionário Sociodemográfico e Médico-Clínico (Apêndice A)*. Instrumento desenvolvido para as finalidades deste estudo, mediante o qual foram coletadas informações sobre as características dos participantes, incluindo gênero, idade, escolaridade, situação laboral, estado civil e religião. Também foram solicitados dados clínicos que englobavam o tempo de diagnóstico e tratamento no HUPE, bem como histórico progresso e atual de acompanhamento psicológico e/ou psiquiátrico.

3.4.2 *Escala do Índice de Religiosidade de Duke – DUREL (Anexo A)*. Essa escala foi traduzida para versão em português por Moreira-Almeida et al. (2008). É composta por cinco questões, propostas para mensurar três dimensões de religiosidade vinculadas aos desfechos em saúde, sendo elas: Religiosidade Organizacional – RO (item 1), que avalia a periodicidade de encontros religiosos (ex. grupos de oração, cultos e missas); Religiosidade Não-Organizacional – RNO (item 2), que analisa a frequência de práticas religiosas realizadas de forma individual (ex. preces, meditação e leitura de materiais religiosos) e a Religiosidade Intrínseca – RI (itens 3 a 5), que se refere a investigação da vivência integral da religiosidade como objetivo principal do sujeito. Sobre as pontuações correspondentes a cada dimensão, a RO varia de 1 a 6 pontos, enquanto os itens da RNO e RI podem variar entre 1 a 5 pontos (Koenig et al., 1997; Lucchetti et al., 2012). A soma do escore das três dimensões pode alternar de 5 a 27 pontos no total. Além disso, elas são analisadas separadamente, isto é, os três domínios não são calculados em conjunto, mas sim, de forma individual. Para isto, é preciso inverter a pontuação dos itens das subescalas e efetuar o somatório, sendo que os maiores escores correspondem a maior religiosidade. O escore dos itens da RO e da RNO é de, no mínimo, 1 e, no máximo, de 6 pontos, enquanto para a RI, os três itens totalizam um escore mínimo de 3 e máximo de 15 pontos. A RI é classificada como baixa se < 9 e alta se ≥ 10 ; a RO < 3 é baixa e alta se ≥ 4 ; a RNO < 3 é baixa e alta se ≥ 4 (Abdelgawad et al., 2017; Koenig et al., 1997; Lucchetti et al., 2012; Moreira & Almeida, 2013).

3.4.3 *Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral – CEAT-HIV (Anexo B)*. Este questionário foi traduzido e adaptado para a população brasileira por Remor et al. (2007). É um instrumento de caráter multidimensional, autoadministrável, direcionado a indivíduos adultos infectados pelo vírus HIV. Caracteriza-se, também, por ser uma ferramenta de fácil compreensão e de rápido gerenciamento, englobando os principais fatores vinculados à adesão. É constituído por 20 questões que analisam o grau de adesão a TARV. O escore é alcançado através da soma de todos os itens, com mínimo possível de 17 pontos e máximo de 89 pontos, sendo dividido em três graus de adesão: baixa/insuficiente ≤ 74 pontos; boa/adequada de 75 a 79 pontos e estrita ≥ 80 pontos. Quanto maior o escore obtido, maior será o grau de

³ O Google Forms é uma ferramenta de gerenciamento de pesquisas, disponibilizado pelo serviço do Google, que tem por objetivo facilitar a criação de formulários e questionários diversos de forma gratuita e acessível à população.

adesão a TARV. A pontuação correspondente a cada questão encontra-se disponível no Anexo C (Remor, 2002).

3.4.4 *Questionário de Percepção de Doenças versão Breve – Brief IPQ* (Anexo D). Este questionário foi adaptado e validado para a cultura brasileira por Nogueira (2012), que autorizou a utilização do instrumento nesta pesquisa (Anexo E). É constituído por nove questões, divididos em sete dimensões avaliadas a partir de uma escala *Likert*. Dentre os itens, três se propõem a analisar a representação cognitiva da doença: controle individual (item 2), controle do tratamento (item 3) e compreensão (item 6); quatro investigam a representação emocional: consequências (item 1), identidade (item 4), preocupação (item 5) e emoções (item 7), e dois itens analisam a percepção de doenças através de perguntas abertas, sendo eles: a dimensão temporal (item 8), em que os indivíduos discorrem sobre a sua percepção acerca da duração da doença, e a dimensão causal (item 9), em que os respondentes são levados a mencionar os principais fatores causais vinculados à enfermidade de acordo com as suas representações. As respostas correspondentes a estes dois últimos itens são avaliadas qualitativamente a partir da categorização das narrativas, sendo possível também, averiguar a frequência das respostas conforme as categorias geradas. O escore dos sete itens é calculado mediante escala *Likert*. O escore desse instrumento corresponde ao mínimo de 0 e ao máximo de 70 pontos. O ponto de corte utilizado é de 33 pontos. Isto significa que as pessoas com escore igual ou superior a 33 apresentam maior percepção de ameaça imposta pela doença, enquanto aquelas com escore igual ou inferior a 33 demonstram menor percepção de ameaça da enfermidade.

3.4.5 *Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão – HADS* (Anexo F). Esse instrumento foi elaborado por Zigmond e Snaith, em 1983, com o propósito inicial de identificar sintomas de ansiedade e depressão entre pacientes não-psiquiátricos de hospitais clínicos, sendo posteriormente utilizado em sujeitos internados ou em acompanhamento ambulatorial. É constituído por 14 questões que avaliam duas subescalas, relativas a medida de ansiedade (HADS-A) e de depressão (HADS-D). Cada uma contém sete itens, que são pontuados de zero a três. O escore de cada subescala pode variar de zero a 21 pontos. Aqueles que apresentarem escore igual ou superior a nove em cada subescala são considerados com sintomas indicativos de ansiedade e/ou de depressão (Marcolino et al., 2007).

3.4.6 *Escala de Coping Religioso Espiritual Abreviada – CRE-Breve* (Anexo G). Esta escala foi traduzida e adaptada à realidade cultural brasileira por Panzini e Bandeira (2005). Tem por objetivo avaliar o uso de estratégias religiosas e espirituais frente a estressores presentes na vida do respondente. A versão breve é composta por 49 questões que analisam duas dimensões específicas, sendo elas: CRE Positivo e CRE Negativo. Com 34 itens, o CRE Positivo abarca as categorias de Transformação de si e/ou sua vida, Ações em busca de ajuda espiritual, Oferta de ajuda a outro, Posição positiva frente a Deus, Busca do outro institucional, Afastamento através de Deus/Religião/Espiritualidade e Busca de conhecimento espiritual. O CRE Negativo, com 15 itens, é composto pelas categorias Reavaliação negativa de Deus, Posição negativa frente a Deus, Insatisfação com o outro institucional e Reavaliação negativa do significado. As respostas a esse instrumento podem variar entre 1 (nem um pouco), 2 (um pouco), 3 (mais ou menos), 4 (bastante) e 5 (muitíssimo). Os resultados são medidos através das seguintes distribuições: nenhuma ou irrisória (1,00 a 1,50), baixa (1,51 a 2,50), média (2,51 a 3,50), alta (3,51 a 4,50) e altíssima (4,51 a 5,00). A consistência interna dos itens corresponde $\alpha = 0,93$ (CRE Positivo $\alpha = 0,95$; CRE Negativo $\alpha = 0,79$) e entre 0,60 e 0,89 para os fatores. Inclui questão discursiva em que o indivíduo é levado a mencionar a situação de maior estresse vivenciada nos últimos três anos.

3.5 Conduta Ética do Estudo

O projeto de pesquisa foi devidamente aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa (CEP) do HUPE/UERJ, sob parecer nº 3.963.110 (Anexo H), em concordância com as recomendações e requisitos da Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde (CNS), que fundamenta o compromisso com a integridade e dignidade dos sujeitos envolvidos em pesquisas compostas por seres humanos.

Como parte dos cuidados éticos necessários, foi desenvolvido um Registro de Consentimento Livre e Esclarecido (RCLE) (Apêndice B), elaborado em linguagem de fácil compreensão com a finalidade de oferecer aos potenciais participantes o acesso a informações relevantes acerca do processo da pesquisa, a saber: esclarecimentos sobre os procedimentos metodológicos e cuidados tomados para assegurar o anonimato dos participantes e o sigilo das informações, menção a desconfortos e riscos previsíveis aos benefícios esperados do estudo. Mediante esse documento, foi enfatizado ainda que a participação na pesquisa deveria ser de caráter voluntário, podendo a pessoa se recusar a participar ou mesmo desistir a qualquer momento, sem que isto lhe acarretasse qualquer penalidade ou danos.

Como devolutiva, a pesquisadora planejou disponibilizar os principais resultados encontrados na pesquisa aos profissionais de saúde atuantes no ambulatório da DIP através de palestra, assim como, de modo individual, aos participantes, caso assim o desejassem. Durante abordagem aos pacientes, foi pontuado que os mesmos teriam a possibilidade de ter acesso aos resultados, após a conclusão da pesquisa. Diante disso, todos manifestaram interesse em receber esse retorno. A pesquisadora responsável se comprometeu a entrar em contato através dos meios de comunicação disponibilizados pelos participantes, com propósito de informar a conclusão do estudo. A devolutiva foi prevista para ocorrer mediante a gravação de um vídeo, com linguagem acessível, sobre os principais resultados do estudo, a ser disponibilizado aos participantes através do envio do link correspondente por mensagem de *WhatsApp* ou de e-mail. A pesquisadora se colocou à disposição para o esclarecimento de quaisquer dúvidas ou informações que se mostrassem necessárias acerca dos resultados enviados.

Em termos de riscos possíveis da pesquisa, foi estimado que perguntas componentes dos instrumentos selecionados poderiam provocar algum tipo de desconforto em alguns participantes, ao mobilizar sentimentos e lembranças negativas acerca dos temas abordados. Diante disso, a pesquisadora garantiu todo suporte emocional necessário durante a aplicação dos instrumentos, disponibilizando ainda seu contato telefônico para que pudesse ser contactada posteriormente em caso de interesse dos participantes.

3.6 Procedimentos de Coleta de Dados

Após disponibilização do parecer de aprovação do CEP, a pesquisadora entrou em contato com a direção geral dos ambulatórios do HUPE, com a chefia do setor de enfermagem e psicologia médica e com os médicos responsáveis pelo atendimento ambulatorial nos dias definidos para a coleta dos dados a fim de explicar a proposta do estudo e ter acesso prévio a agenda do dia com a relação dos usuários com diagnóstico de HIV/Aids que estavam ativos no programa. Em seguida, foi realizada uma verificação junto ao prontuário eletrônico de cada paciente, com o objetivo de buscar informações correspondentes aos critérios de inclusão da pesquisa, como diagnóstico, tempo de tratamento e esquema terapêutico antirretroviral atual. Aqueles que estiveram em conformidade com os critérios elencados foram convidados a participar da pesquisa, quando foram fornecidas explicações sobre os objetivos e procedimentos do estudo, além dos direitos a eles conferidos. Foram incluídos apenas os pacientes que concordaram e assinaram o RCLE (Apêndice B). A assinatura do registro de consentimento foi solicitada em duas vias, ficando uma delas em posse da pesquisadora, enquanto a outra foi fornecida aos participantes, porém a maioria deles dispensou o referido documento, por conter no título o diagnóstico de HIV/Aids.

Em seguida, foi solicitado número de contato de *WhatsApp* ou endereço de e-mail dos pacientes que assinaram o TCLE para que lhes fosse enviado, naquele momento, o *link* de acesso ao preenchimento dos instrumentos através do formulário on-line. Estes foram respondidos de maneira individual e autoaplicada, na seguinte sequência: Questionário Sociodemográfico e Médico-Clinico, Escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-HIV), Questionário de Percepção de Doenças versão Breve (*Brief* IPQ), Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) e Escala de *Coping* Religioso Espiritual (CRE-Breve). O participante pôde optar por responder no mesmo dia ou durante a semana.

Foi estimado um tempo médio de 30 a 35 minutos de resposta dos instrumentos, não sendo oferecida a alternativa de preenchimento pela pesquisadora. Em caso de dúvidas sobre o modo de marcação das questões, a pesquisadora mostrou-se disponível para os devidos esclarecimentos e orientações, tanto presencialmente como através de contato telefônico.

3.7 Análise dos Dados

Em conformidade com os objetivos do presente estudo, a análise dos dados foi conduzida através do *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24. Inicialmente, foram realizadas análises descritivas das variáveis investigadas. Para analisar a consistência interna das escalas foi calculado o coeficiente alfa de *Cronbach*. A descrição do perfil da amostra foi conduzida mediante realização de tabelas de frequência das variáveis categóricas (gênero, estado civil, escolaridade, atividade laboral, religião, tipos de segmentos religiosos, crenças, espiritualidade e interações), com valores de frequência absoluta (n) e percentual (%) e estatísticas descritivas das variáveis contínuas (idade, tempo de diagnóstico e tratamento, religiosidade, adesão ao tratamento, percepção de doença, ansiedade, depressão e *coping* religioso/espiritual positivo e negativo), com valores de média, desvio padrão, valores mínimo e máximo, mediana e quartis. Ressalta-se que também foi realizada análise das respostas acerca da dimensão temporal (item 8) e causas da doença (item 9) do *Brief* IPQ, mediante a categorização e quantificação das mesmas.

O coeficiente de correlação de *Spearman* foi utilizado para analisar associações entre as variáveis contínuas (religiosidade, adesão ao tratamento, percepção de doença, ansiedade, depressão e *coping* religioso/espiritual positivo e negativo). Para investigar as correlações entre as variáveis categóricas (com e sem religião) e variáveis contínuas (religiosidade RO e RNO, ansiedade, depressão, adesão ao tratamento, percepção de doença e *coping* religioso/espiritual positivo e negativo) utilizou-se o teste Qui-Quadrado. Já o teste Exato de *Fisher* foi empregado para analisar as associações entre variáveis categóricas (crenças e espiritualidade) e variáveis contínuas (religiosidade RI, adesão ao tratamento, ansiedade, depressão, percepção de doença e *coping* religioso/espiritual positivo e negativo), nos casos em que os valores esperados eram inferiores a cinco. Por fim, para analisar as correlações entre as variáveis contínuas entre dois grupos, foi utilizado o teste de *Mann-Whitney* e para comparação entre três ou mais grupos foi utilizado o teste de *Kruskal-Wallis*, devido à ausência de distribuição normal das variáveis.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS

Nessa seção, serão inicialmente apresentados os resultados acerca da consistência interna dos instrumentos utilizados. Em seguida, será exposto o perfil sociodemográfico e médico-clínico dos participantes da pesquisa, com vistas a caracterização da amostra. Posteriormente, terão lugar os resultados descritivos correspondentes a religiosidade, *coping* religioso/espiritual positivo e negativo, adesão ao tratamento, percepção de doença e estado emocional (ansiedade e depressão). E por fim, serão exibidos os resultados das correlações estatisticamente significativas identificadas entre as variáveis em estudo. Ressalta-se que o nível de significância adotado para os testes estatísticos foi de 5% ($p < 0.05$).

4.1 Análise de Consistência Interna das Escalas

A consistência interna dos instrumentos utilizados nesse estudo foi avaliada através do coeficiente alfa de Cronbach e apresentaram, em sua maioria, alta confiabilidade, visto que os valores de alfa identificados foram iguais ou superiores a $>0,70$. Destes, os que demonstraram consistência interna satisfatória, foram: Escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL), composto por cinco itens ($>0,83$); Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-HIV), com 20 itens ($>0,73$); Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS) com 14 itens ($>0,92$) e a Escala de *Coping* Religioso Espiritual (CRE-Breve) com 49 itens ($>0,93$). Ressalta-se, que o único instrumento com coeficiente inferior a $0,70$, foi o Questionário de Percepção de Doenças versão Breve (*Brief* IPQ) com alfa de $0,67$. Contudo, algumas pesquisas consideram que valores abaixo de $0,70$, mas próximos a $0,60$, também são considerados satisfatórios (Balbinotti & Barbosa, 2008; Streiner, 2003). O detalhamento da consistência de cada escala e questionário, podem ser visualizados na Tabela 1.

Tabela 1 - Análise de consistência interna das escalas utilizadas na pesquisa.

Escala/Domínio	Nº de Itens	Coefficiente alfa	Itens com menor consistência	Correlação com o total*	Coefficiente (após retirada)**
Religiosidade de Duke	5	0,830	---	---	---
Adesão ao TARV/Total	20	0,731	Adesão 20	-0,081	0,773
<i>Brief</i> IPQ/Total	7	0,617	---	---	---
HADS/Ansiedade	7	0,880	---	---	---
HADS/Depressão	7	0,851	---	---	---
HADS/Total	14	0,920	---	---	---
<i>Coping</i> RE positivo	34	0,938	P43	-0,290	0,944
			P17	-0,245	0,950
<i>Coping</i> RE negativo	15	0,831	N7	-0,044	0,850
<i>Coping</i> /Total	49	0,934	P43	-0,186	0,937
			P17	-0,155	0,940
			N32	-0,010	0,942

Nota. *Correlação do item com o total do respectivo domínio, sem considerar o item no escore total.

**Coeficiente alfa de Cronbach após retirada consecutiva dos itens com menor consistência.

4.2 Caracterização Sociodemográfica e Médico-clínica

Entre os pacientes que integraram o estudo, a idade variou de menos de 30 a mais de 70 anos, havendo predominância de pacientes do sexo masculino (65,35%), sem relacionamento conjugal estável (55,45%) e que não estavam exercendo, naquele momento, atividade laboral de contrato formal (50,50%). O grau de instrução mais frequente foi o ensino médio completo (40,59%), seguido do ensino superior completo (17,82%), ensino fundamental completo (13,86%) e ensino superior incompleto (10,89%) (Tabela 2).

Tabela 2 - Dados sociodemográficos dos participantes da pesquisa.

Variáveis	Dados Sociodemográficos		
		Frequência	%
Gênero	Masculino	66	65,35
	Feminino	31	30,69
	Outros	4	3,96
Idade	<30	3	2,97
	30-39	19	18,81
	40-49	26	27,72
	50-59	35	34,65
	60-69	11	10,89
	>70	5	4,95
	Estado Civil	Solteiro	56
	Casado	18	17,82
Estado Civil	União estável	10	9,90
	Separado	7	6,93
	Divorciado	6	5,94
	Viúva	4	3,96
	Fundamental incompleto	6	5,94
	Fundamental completo	14	13,86
Nível de Escolaridade	Médio incompleto	2	1,98
	Médio completo	41	40,59
	Superior incompleto	11	10,89
	Superior completo	18	17,82
	Especialização	7	6,93
Atividade laboral	Mestrado	2	1,98
	Sim	51	50,50
	Não	50	49,50

Acerca da religião, mais da metade dos participantes declararam estar vinculados a uma doutrina (70,30%), havendo referência aos seguintes segmentos religiosos: igreja evangélica (29,58%); igreja católica (28,17%); religiões afro-brasileiras, no caso, candomblé (16,90%) e umbanda (11,27%); denominação espírita kardecista (12,68%) e União do Vegetal Chá Ayahuasca (1,41%). Entre as 30 pessoas que disseram não ter religião, 12 tinham crenças religiosas, mas não associadas a uma religião em especial. Enquanto outros, se consideravam espiritualizados, apesar de não seguir uma doutrina ou possuir crenças religiosas (n= 12). Tiveram ainda aqueles que não possuíam religião, crenças religiosas ou não se consideravam pessoas espiritualizadas (n= 6) (Tabela 3).

Tabela 3 - Religião, religiosidade e espiritualidade declarada pelos participantes da pesquisa.

Variáveis	Religião, Religiosidade e Espiritualidade		
	Frequência	%	
Com religião	Evangélica	21	29,58
	Católica	20	28,17
	Afro-brasileiras	20	28,17
	Espírita Kardecista	9	12,68
	UDV Chá Ayahuasca	1	1,41
Com crenças religiosas	Não relacionadas a uma única religião específica	12	66,67
Espiritualizado	Sem religião e crenças religiosas	12	66,67
Não espiritualizado	Sem religião, crenças e espiritualidade	6	5,94

Nota. Religiões afro-brasileiras: candomblé (16.90%) e umbanda (11.27%). UDV = União do Vegetal

Com relação aos dados médico-clínicos, apresentados na Tabela 4, observou-se que, na amostra estudada, predominaram pacientes que, além do HIV/Aids, possuíam alguma comorbidade crônica, como hepatite (25,74%), hipertensão arterial sistêmica (24,75%), diabetes mellitus (11,88%), dislipidemia (2,97%), doença renal crônica (2,97%), asma (1,98%), epilepsia (0,99%), gastrite crônica (0,99%), artrite reumatoide (0,99%), retinite (0,99%) e Parkinson (0,99%). Os demais tinham unicamente o diagnóstico de Aids (42,58%).

Tabela 4 - Frequência e percentual de Aids e demais comorbidades crônicas.

Tipos	Comorbidades Crônicas	
	Frequência	%
Aids	42	41,58
Aids / Hepatite	21	20,79
Aids / Hipertensão arterial sistêmica	12	11,88
Aids / DM	6	5,94
Aids / DM / HAS	3	2,97
Aids / Hepatite / HAS	3	2,97
Aids / Hepatite / HAS / DM	2	1,98
Aids / Dislipidemia	1	0,99
Aids / Dislipidemia / HAS	1	0,99
Aids / Dislipidemia / HAS / Epilepsia	1	0,99
Aids / DRC	1	0,99
Aids / Hepatite / HAS	1	0,99
Aids / Asma / HAS	1	0,99
Aids / Asma / DRC / Hipotireoidismo	1	0,99
Aids / DM / DRC / HAS	1	0,99
Aids / AR	1	0,99
Aids / Gastrite crônica	1	0,99
Aids / Retinite	1	0,99
Aids / Parkinson	1	0,99

Nota. Aids = Síndrome da Imunodeficiência Adquirida, HAS = Hipertensão Arterial Sistêmica, DM = Diabetes Mellitus, DRC = Doença Renal Crônica e AR = Artrite Reumatoide.

Concernente ao tempo de adoecimento, exposto na Tabela 5, é possível identificar que os pacientes conviviam com o diagnóstico de HIV/Aids em média a 12,97 anos, além de se encontram em tratamento ambulatorial com a equipe da DIP para o controle da doença entre 0,33 a 30 anos, com uma média de 13,23 anos.

Tabela 5 - Período de diagnóstico da doença e de tratamento ambulatorial.

Variáveis	N	Média	D.P.	Mín.	Q1	Mediana	Q3	Máx.
Tempo de diagnóstico HIV/Aids	101	12,97	8,32	0,42	11,00	19,00	23,00	35,00
Tempo de tratamento DIP/HUPE	101	13,23	8,83	0,33	5,00	13,00	20,00	30,00

Nota. N = número total da amostra, D.P. = desvio padrão

A maioria (63,37%) dos pacientes não tinha histórico de internação em decorrência do HIV/Aids e, entre os que já haviam sido hospitalizados por agravos relacionados à enfermidade (36,63%), observou-se, principalmente, relato de internação única (35,14%) ou frequência igual a duas ou três internações em unidades de saúde entre o ano do recebimento do diagnóstico da soropositividade ao mês de novembro de 2020 (43,24%). Dados disponíveis na Tabela 6.

Tabela 6 - Histórico de internação hospitalar em decorrência do HIV/Aids.

Variáveis	Frequência	%	
Internação entre o período do diagnóstico a novembro de 2020	Sim	37	36,63
	Não	64	63,37
Frequência de internações	1 vez	13	35,14
	2-3 vezes	16	43,24
	4-5 vezes	4	10,82
	Acima de 5 vezes	4	10,82

Sobre a adesão autorrelatada, 97,03% dos participantes afirmaram seguir a TARV de forma adequada, o que pode ser compreendido como fazer uso das medicações prescritas pelo médico no horário e quantidade indicados. Aqueles que declararam não aderir bem (2,97%), relataram os obstáculos encontrados, sendo eles relacionados ao uso da medicação, como a quantidade elevada de comprimidos e efeitos colaterais causados pelos remédios, ou fatores socioemocionais, tais como o temor do preconceito associado à enfermidade, o sentimento de vergonha pela infecção do vírus e o receio de tornar público o diagnóstico. No tocante aos cuidados à saúde mental, 72 dos sujeitos (71,29%) mencionaram não ter recebido atendimento psicológico e/ou psiquiátrico relacionado à vivência da soropositividade, com apenas uma minoria deles tendo mencionado recebimento desse tipo de suporte em função do diagnóstico de HIV/Aids (28,71%).

4.3 Análise descritiva das variáveis em estudo

Dimensões de religiosidade: organizacional, não organizacional e intrínseca

As dimensões do envolvimento religioso vinculadas a desfechos em saúde consideradas no estudo foram: religiosidade organizacional (RO), religiosidade não organizacional (RNO) e

religiosidade intrínseca (RI). Foi demonstrado pelas pessoas que vivem com HIV/Aids ouvidas na pesquisa uma busca elevada de internalização e vivência integral da religiosidade, correspondente a RI (87,13%). Também foi identificada uma alta manifestação de RNO, indicativa de práticas religiosas desempenhadas individualmente através da leitura de livros sagrados, realização de meditações, orações e direcionamento de tempo para ouvir músicas de cunho religioso ou assistir programas voltados ao divino (68,3%). Contudo, observou-se que um pouco mais da metade dos participantes apresentaram baixa frequência de RO, relativa a efetuar encontros religiosos em grupo, como, por exemplo, fazer visitas a igrejas, centros espíritas e terreiros (50,5%). O detalhamento dos resultados verificados em cada domínio desta escala pode ser visualizado na Tabela 7.

Tabela 7 - Frequência e percentual de tipos de religiosidade conforme a Escala do Índice de Religiosidade de Duke – DUREL.

Intensidade	RO (organizacional)		RNO (não organizacional)		RI (intrínseca)	
	Frequência	%	Frequência	%	Frequência	%
	Baixa	51	50,5	32	31,68	13
Alta	50	49,5	69	68,32	88	87,13

Nota: % = percentual

Coping religioso espiritual positivo (CREP) e negativo (CREN)

Como situações de maior estresse vivenciadas nos últimos três anos, foram citadas pelos pacientes as seguintes: a perda de ente querido (17,82%), conflitos familiares (15,84%), agravos à saúde (13,86%), pandemia do COVID-19 (7,92%), ausência de atividade laboral (5,94%), questões financeiras (5,94%), conflitos no ambiente de trabalho (2,97%), adoecimento de ente querido (2,97%) e atividades acadêmicas (0,99%). Ressalta-se que uma parte significativa dos participantes não soube informar quais seriam as situações mais estressoras vivenciadas por eles no período indicado (32,67%). Com relação a utilização de *coping*, os dados, conforme representados na Tabela 8, demonstraram predomínio de CRE positivo, com média de 3,19% em comparação ao CRE negativo, que apresentou média de 2,03%.

Tabela 8 - Resultado das médias de coping religioso-espiritual positivo e negativo.

Variáveis	N	Média	D.P.	Mín.	Q1	Mediana	Q3	Máx.
CREP	101	3,19	0,77	1,15	2,59	3,29	3,76	4,65
CREN	101	2,03	0,67	1,00	1,47	1,93	2,40	4,00

Pode-se notar, nas Tabelas 9, que os pacientes fizeram uso do CRE positivo em uma intensidade de média (44,55%) a alta (35,64%), enquanto o CRE negativo foi aplicado de forma irrisória (25,74%), baixa (53,47%) ou mediana (16,83%).

Tabela 9 - Frequência e percentual da intensidade de uso de CRE positivo e CRE negativo conforme a Escala CRE-Breve.

Intensidade	CRE Positivo		CRE Negativo	
	Frequência	%	Frequência	%
Nenhuma ou Irrisória (1.00 a 1.50)	3	2,97	26	25,74
Baixa (1.51 a 2.50)	17	16,83	54	53,47
Média (2.51 a 3.50)	45	44,55	17	16,83
Alta (3.51 a 4.50)	36	35,64	4	3,96
Altíssima (4.51 a 5.00)	1	0,99	0	00,00

Os fatores do CRE positivo que apresentaram mais altos escores de uso pelos pacientes foram: P4 – Posição positiva frente a Deus (4,50), que diz respeito ao desenvolvimento de uma postura mais otimista sobre o transcendente, por meio da aproximação com Deus; P1 – Transformação de si e/ou de sua vida (4,31), que abrange a transformação pessoal, a partir de mudanças internas, com base em princípios religiosos, ou até mesmo externas, com desenvolvimento de um novo propósito de vida; P6 - Afastamento através de Deus/Religião/Espiritualidade (3,95), vinculado à busca de Deus, da religião e da espiritualidade, em que o sujeito se aproxima dos aspectos religiosos e afasta-se do foco direcionado unicamente aos problemas, mas sem negar a existência do mesmo; e, por último, P3 - Oferta de ajuda ao outro (3,86), no qual o indivíduo procura ajudar o próximo através de orações, atos de caridade e trabalho voluntário (Tabela 10).

Tabela 10 - Resultado das médias de CRE positivo empregados pelos participantes da pesquisa.

Fatores	CRE Positivo						
	Média	D.P.	Mín.	Q1	Mediana	Q3	Máx.
P1 - Transformação de si e/ou de sua vida	4,31	1,05	1,00	4,00	5,00	5,00	5,00
P2 - Ações em busca de ajuda espiritual	3,27	1,50	1,00	2,00	4,00	5,00	5,00
P3 - Oferta de ajuda ao outro	3,86	1,19	1,00	4,00	4,00	5,00	5,00
P4 - Posição positiva frente a Deus	4,50	0,90	1,00	4,00	5,00	5,00	5,00
P5 - Busca do outro institucional	3,32	1,51	1,00	2,00	4,00	5,00	5,00
P6 - Afastamento através de Deus	3,95	1,19	1,00	4,00	4,00	5,00	5,00
P7 - Busca de conhecimento espiritual	2,58	1,43	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00

Sobre os escores relativos aos fatores do CRE negativo, destacou-se o fator N3 - Insatisfação com o outro institucional, que diz respeito a manifestação de sentimentos desagradáveis como decepção, frustração, mágoa e rancor de membros da instituição religiosa (3,59), seguido pelos fatores N2 - Posição negativa frente a Deus (2,90), em que se espera, de forma passiva, que Deus solucione todos os problemas a Ele solicitados, e o fator N1 - Reavaliação negativa de Deus (2,89), em que o indivíduo efetua reavaliações negativas a respeito de Deus, questionando o Ser superior sobre seus atos, características e punições. Nota-se que este último fator ocorre em associação a sentimentos de tristeza, culpa e revolta do Ser transcendental (Tabela 11).

Tabela 11 - Resultado das médias de CRE negativo empregados pelos participantes da pesquisa.

Fatores	CRE Negativo						
	Média	D.P.	Mín.	Q1	Mediana	Q3	Máx.
N1 Reavaliação negativa de Deus	2,89	1,42	1,00	2,00	3,00	4,00	5,00
N2 Posição negativa frente a Deus	2,90	1,55	1,00	1,00	3,00	4,00	5,00
N3 Insatisfação com o outro institucional	3,59	1,37	1,00	3,00	4,00	5,00	5,00
N4 Reavaliação negativa do significado	2,61	1,52	1,00	1,00	2,00	4,00	5,00

Adesão ao Tratamento Antirretroviral

Acerca do grau de adesão à TARV, verificou-se que a maioria dos participantes apresentaram escores elevados de adesão estrita (47,52%), considerado um nível excelente de adesão às medidas terapêuticas, seguida da adesão boa/adequada (31,68), que corresponde a um índice regular sobre a ingestão das medicações e cumprimento das orientações feitas pelos profissionais de saúde. A adesão baixa/insuficiente (20,79%), embora em porcentagem menor que das outras categorias, foi um número superior aos 3% encontrados no questionário sociodemográfico e médico clínico, em que houve uma pergunta mais direta acerca da dificuldade em seguir as recomendações médicas para o controle da doença (Tabela 12).

Tabela 12 - Frequência e percentual da adesão a TARV conforme medido pelo Questionário CEAT-HIV.

Intensidade	Adesão ao Tratamento	
	Frequência	%
Adesão baixa/insuficiente	21	20,79
Adesão boa/adequada	32	31,68
Adesão estrita	48	47,52

Nota-se que entre os 68 pacientes que mencionaram já ter esquecido de tomar a medicação em algum momento do tratamento da infecção pelo vírus, como detalhado na Tabela 13, 45,59% deixaram de fazer uso dos antirretrovirais por um ou no máximo dois dias, ao passo que os demais apresentaram interrupção do esquema terapêutico entre 3 a 20 dias (16,17%) ou chegaram a suspender a ingestão dos fármacos por um período de 1 a mais de 3 meses (11,76%).

Tabela 13 - Frequência e percentual da interrupção do esquema terapêutico.

Dias sem Medicação	Frequência	%
1-2 dias	31	45,59
3-9 dias	9	13,23
10-20 dias	2	2,94
30-90 dias	3	4,41
Acima de 90 dias	5	7,35
Não lembra	18	26,46

Ao serem questionados a respeito das estratégias utilizadas para tomada de medicação, observou-se que, dos 101 participantes, apenas 38 mencionaram empregar alguma medida que pudesse auxiliá-los na ingestão dos antirretrovirais. Entre os métodos aplicados por estes, destacaram-se: uso do alarme de aparelho celular (34,21%), estabelecimento de horários fixos

para o uso dos remédios (31,57%) e deixar os fármacos em locais de fácil visualização para evitar o esquecimento (13,15%). Além destas, também foram citadas outras ferramentas de apoio, como o manuseio de caixa organizadora com a divisão semanal do esquema terapêutico (7,89%), o uso das medicações antes das refeições principais (café da manhã, almoço e/ou jantar) (7,89%), ingestão dos antirretrovirais em conjunto com outros remédios (2,63%) e contar com a ajuda e apoio de outrem (2,63%). O detalhamento das estratégias empregadas pelos participantes pode ser visualizado na Tabela 14.

Tabela 14 - Estratégias empregadas para facilitar a ingestão dos antirretrovirais.

Estratégias Utilizadas	Frequência	%
Usar alarme de celular para lembrar de tomar os remédios	13	34,21
Tomar os remédios em horários fixos	12	31,57
Deixar os remédios em locais visíveis	5	13,15
Dividir os remédios da semana em caixa organizadora	3	7,89
Tomar os remédios antes das refeições	3	7,89
Contar com ajuda de familiares para lembrar de tomar os remédios	1	2,63
Tomar os remédios em conjunto com outras medicações	1	2,63

Percepção de Doenças

Destaca-se que, na percepção da maioria dos participantes (83,17%), o adoecimento acarretado pela infecção do vírus HIV não representava uma ameaça relevante à saúde, ao passo que para os demais (16,83%) a enfermidade era compreendida como uma ameaça iminente ao bem-estar geral (Tabela 15).

Tabela 15 - Frequência e percentual de percepção de ameaça à saúde obtidos pelo Questionário *Brief IPQ*.

Intensidade	Brief IPQ	
	Frequência	%
Baixa percepção de ameaça à saúde <32	84	83,17
Alta percepção de ameaça à saúde >33	17	16,83

No que tange a categorização das respostas referentes à dimensão temporal do questionário de percepção de doenças versão breve – *Brief IPQ*, foi identificada maior frequência de crenças de que a doença duraria por toda a vida (30,69%), seguida por respostas relativas a não saber quanto tempo a enfermidade iria perdurar, alegando que a duração dependia de Deus (14,85%) e de entidades divinas, como orixás e exus (0,99%). Outros participantes referiram que a doença iria se prolongar até a descoberta da cura (12,87%), com menção de tempo entre 4 a 29 anos frente aos avanços esperados da medicina (15,84%). Ressalta-se que apenas 1,98% dos pacientes apresentaram a crença de que teriam sido curados diante da ausência da sintomatologia da doença e um outro alegou que a cura do HIV/Aids já havia sido descoberta, justificando que os novos remédios não foram divulgados devido o retorno financeiro propiciado à indústria farmacêutica. Os demais afirmaram não ter resposta para a pergunta em questão (15,84%) ou não pensar no assunto (2,97%) (Tabela 16).

Tabela 16 - Frequência e percentual de respostas a dimensão temporal do *Brief IPQ*.

Categorias	Dimensão Temporal – <i>Brief IPQ</i>	
	Frequência	%
A vida inteira	31	30,69
Depende de Deus	17	14,85
Menção do tempo para a cura de 4 a 29 anos	16	15,84
Não soube responder	16	15,84
Descoberta da cura	13	12,87
Não pensa no assunto	3	2,97
Curado	2	1,98
Depende dos Orixás	1	0,99
Já existe a cura	1	0,99

A respeito das causas atribuídas à infecção pelo HIV, categorias foram elaboradas a partir dos relatos dos participantes, tendo por base o trabalho de Nogueira e Seidl (2016), conforme nomeadas e descritas na Tabela 17. De acordo com essas categorias, 42,57% dos participantes atribuíram como a principal causa da doença, à prática de relação sexual desprotegida, seguida da autorresponsabilização (37,62%), com relatos frequentes de irresponsabilidade, descuido e falta de cuidado consigo mesmo. Houve ainda culpabilização de outrem, em que os companheiros foram responsabilizados pelo quadro de saúde atual do paciente, com a justificativa de manutenção de relações extraconjugais (7,92%). Os demais participantes referiram como causas possíveis as práticas sexuais com múltiplos parceiros (8,91%), o uso de drogas ilícitas, sobretudo as injetáveis (2,97%), a realização de transfusão sanguínea (3,96%) e os desígnios de Deus (2,97%). Nesse último caso, observou-se a crença de estar sendo punido por não ter seguido uma certa doutrina religiosa, por acreditar que o adoecimento seria uma condição já prevista para ser parte de sua vida (carma) ou por achar que a doença seria um propósito do destino e de forças sobrenaturais.

Tabela 17 - Frequência e percentual da dimensão causal do Questionário Brief IPQ conforme categorias elaboradas com base no relato dos participantes.

Categorias	Dimensão Causa – <i>Brief IPQ</i>		
	Descrição	Frequência	%
Relação sexual desprotegida	Prática sexual (oral, anal e vaginal) sem uso de preservativo, isto é, a camisinha.	43	42,57
Autorresponsabilização	Atribuir a si próprio a responsabilidade pelas ações que culminaram no adoecimento.	38	37,62
Falta de informação	Desconhecimento sobre o HIV/Aids e, conseqüentemente, de sua forma de contágio, transmissão e das medidas preventivas adequadas.	9	8,91
Múltiplos parceiros	Relação sexual com parceiros diversos.	9	8,91
Culpabilização de outrem	Atribuir a culpa referente ao contágio do vírus a outras pessoas.	8	7,92
Transfusão de sangue	Receber doação de sangue contaminado pelo vírus.	4	3,96
Uso de drogas ilícitas	Compartilhar agulhas e seringas entre usuários de drogas injetáveis.	3	2,97
Desígnio divino	Atribuir à Deus ou a forças do destino a responsabilidade pela contaminação da doença.	3	2,97

Vale salientar que a maioria dos participantes (87,12%) mencionaram menos que três possíveis causas para o contágio do vírus, como era solicitado pela questão correspondente. A menção a três causas foi feita apenas por 6,93% dos respondentes, enquanto os demais (5,94%) não incluíram nenhuma razão que explicasse o acometimento pela enfermidade.

Estado emocional

Houve predominância, entre os sujeitos da pesquisa, daqueles que relataram não sentir com maior frequência sintomas indicativos de ansiedade (73,27%). Apenas uma minoria deles apresentou escores relativos a um quadro de ansiedade (26,73%). Foi evidenciado ainda que a maioria dos participantes apresentou também baixa percepção de sintomas depressivos (83,17%), com um quantitativo inferior a 20% deles tendo demonstrado alta frequência de sintomas dessa natureza (16,83%). O detalhamento dos índices de ansiedade e depressão podem ser visualizados na Tabela 18.

Tabela 18 - Frequência e percentual dos índices de ansiedade e depressão conforme a Escala HADS.

Intensidade	Ansiedade		Depressão	
	Frequência	%	Frequência	%
Baixa frequência de sintomas <8	74	73,27	84	83,17
Alta frequência de sintomas >9	27	26,73	17	16,83

4.4 Análises correlacionais das variáveis em estudo

A seguir serão apresentadas as correlações que se mostraram mais relevantes estatisticamente, com mais altos níveis de significância entre as variáveis estudadas. Serão mencionadas ainda as variáveis que apresentaram tendência a associações, embora não tenham alcançado significância estatística.

Dimensões de religiosidade e CRE positivo e negativo

As três dimensões de religiosidade medidas pela Escala do Índice de Religiosidade de Duke – DUREL - mostraram-se associadas positivamente ao *Coping* Religioso Espiritual Positivo ($p < 0,001$), como pode ser verificado na Tabela 19. Nesse sentido, quanto maior a participação em reuniões religiosas, correspondentes a RO, maiores foram as estratégias de CRE positivo utilizadas pelos pacientes com HIV/Aids que integraram a pesquisa. De modo semelhante, quanto maior foi a manifestação individual de atos religiosos diante de um ser transcendente (RNO), maior foi o uso de estratégias relativas a comportamentos voltados aos aspectos religiosos a fim de lidar com circunstâncias estressoras presentes no cotidiano. Os dados também indicaram que quanto maiores as crenças e experiências individuais com o ser divino (RI), mais estratégias de CRE positivo eram utilizadas na busca de auxílio e apoio no sagrado.

Tabela 19 - Associação entre religiosidade e CRE positivo e negativo.

Intensidade	Religiosidade Organizacional (RO)			Religiosidade Não Organizacional (RNO)			Religiosidade Intrínseca (RI)		
	Baixo índice	Alto índice	Total	Baixo índice	Alto índice	Total	Baixo índice	Alto índice	Total
	<3	>4		<3	>4		<9	<10	
Nenhuma/Irrisória (1.00 a 1.50)	3	0	3	2	1	3	3	0,00	3
	5,88	0,00		6,25	1,45		<u>23,08</u>	0,00	
Baixa (1.51 a 2.50)	16	1	17	<u>14</u>	3	17	5	12	17
	<u>31,37</u>	2,00		<u>43,75</u>	4,35		<u>38,46</u>	13,64	
Média (2.51 a 3.50)	21	24	48	12	<u>33</u>	45	5	40	45
	<u>41,18</u>	<u>48,00</u>		37,50	<u>47,83</u>		38,46	<u>45,45</u>	
Alta (3.51 a 4.50)	11	24	35	4	<u>32</u>	35	0	35	35
	21,57	<u>48,00</u>		12,50	<u>44,93</u>		0,00	<u>39,77</u>	
Altíssima (4.51 a 5.00)	0	1	1	0	1	1	0	1	1
	0,00	2,00		0,00	1,45		0,00	1,14	
Total	51	50	101	32	69	101	13	88	101

Nota. Teste Exato de Fisher: P<0,001

Dimensões de religiosidade/CRE e estado emocional

Houve a identificação de associação negativa entre RO e níveis de ansiedade ($p < 0.013$). Assim, quanto mais os pacientes compareciam aos locais onde eram realizadas as práticas ritualísticas menor mostrou ser a incidência de sintomas ansiosos (Tabela 20).

Tabela 20 - Associação entre Religiosidade Organizacional e níveis de ansiedade.

Nível de Ansiedade	Religiosidade Organizacional		Total
	Baixo índice de RO <3	Alto índice de RO >4	
Baixa frequência de sintomas <8	<u>34</u> 66,67	40 80,00	74
Alta Frequência de sintomas >9	17 33,33	<u>10</u> 20,00	27
Total	51	50	101

Nota. Teste Qui-Quadrado: $X^2=2,29$; GL=1; $P=0,130$

Observou-se ainda uma associação positiva entre ansiedade e depressão e CREN ($p < 0,001$). Assim, quanto maior a frequência de sintomas de ansiedade ou depressão, maior mostrou ser o emprego de estratégias de CRE negativo, que tendem a levar os sujeitos a questionamentos sobre sua própria existência, adotando, muitas vezes, comportamentos de fuga e de delegação à Deus da resolução de problemas (Tabela 21).

Tabela 21 - Associação entre ansiedade e depressão e CRE negativo.

CRE Negativo	Ansiedade		Depressão	
	Baixa Frequência de sintomas <=8	Alta Frequência de sintomas <=9	Baixa Frequência de sintomas <=8	Alta Frequência de sintomas <=9
Nenhum ou Irrisória (1.00 a 1.50)	24 <u>32,43</u>	2 7,41	25 <u>29,76</u>	1 5,88
Baixa (1.51 a 2.50)	42 <u>56,76</u>	12 44,44	48 <u>57,14</u>	6 <u>35,29</u>
Média (2.51 a 3.50)	7 9,46	10 <u>37,04</u>	0 0,00	0 0,00
Alta (3.51 a 4.50)	1 1,35	<u>3</u> <u>11,11</u>	09 10,71	8 <u>47,06</u>
Altíssima (4.51 a 5.00)	0 0,00	0 0,00	2 2,38	2 <u>11,76</u>
Total	74	27	84	17

Nota. Teste Exato de Fisher: $P < 0,001$

Dimensões de religiosidade, CRE positivo e negativo e adesão ao tratamento

Correspondente às associações entre as três dimensões de religiosidade já mencionadas (RO, RNO e RI) e o CRE positivo e negativo, por um lado, e a adesão ao tratamento, por outro lado, não foram evidenciadas associações estatisticamente significativas. Porém, foi identificada uma associação positiva, ainda que fraca, entre CRE positivo e maior adesão aos medicamentos para o controle do HIV/Aids ($p=0,121$). Além disso, constatou-se associação negativa fraca entre CRE negativo e adesão ao tratamento ($p=0,699$), sugerindo que quanto maior o emprego de estratégias tidas como negativas, menor o nível de adesão a TARV (Tabela 22).

Tabela 22 - Associação entre CRE positivo e negativo e adesão ao tratamento.

CRE Positivo	Adesão ao Tratamento			Total
	Baixa/Insuficiente	Boa/Adequada	Estrita	
Nenhuma ou Irrisória (1.00 a 1.50)	5 25,00	5 25,00	10 50,00	20
Baixa (1.51 a 2.50)	9 20,00	20 44,44	16 35,56	45
Média (2.51 a 3.50)	7 19,44	7 19,44	22 61,11	36
Alta (3.51 a 4.50)	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0
Altíssima (4.51 a 5.00)	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0
CRE Negativo				
Nenhuma ou Irrisória (1.00 a 1.50)	3 11,54	9 34,62	14 53,85	26
Baixa (1.51 a 2.50)	12 22,22	17 31,48	25 46,30	54
Média (2.51 a 3.50)	6 28,57	6 28,57	9 42,86	21
Alta (3.51 a 4.50)	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0
Altíssima (4.51 a 5.00)	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0

Nota: *Teste Qui-Quadrado: $X^2=7,29$; GL=4; P=0,121

** Teste Qui-Quadrado: $X^2=2,20$; GL=4; P=0,699

Dimensões de religiosidade, CRE positivo e negativo e percepção de doença

Embora não tenha apresentado significância estatística, houve a identificação de uma associação negativa fraca entre CRE positivo e percepção de doença ($p=0,175$), apontando uma tendência entre um maior emprego dessas estratégias e uma menor percepção de ameaça imposta pela doença. Além disso, constatou-se uma associação positiva fraca entre CRE negativo e percepção de doença ($p=0,056$), de modo que um maior uso de estratégias negativas mostrou uma maior inclinação para uma percepção de ameaça à saúde (Tabela 23).

Tabela 23 - Associação entre CRE positivo e negativo e percepção de doença.

CRE Positivo	Percepção de Doença		Total
	Baixa percepção de ameaça à saúde ≤ 32	Alta percepção de ameaça à saúde ≥ 33	
Nenhuma ou Irrisória (1.00 a 1.50)	17 85,00	3 15,00	20
Baixa (1.51 a 2.50)	39 86,67	6 13,33	45
Média (2.51 a 3.50)	28 77,78	8 22,22	36
Alta (3.51 a 4.50)	0 0,00	0 0,00	0
Altíssima (4.51 a 5.00)	0 0,00	0 0,00	0
CRE Negativo			
Nenhuma ou Irrisória (1.00 a 1.50)	25 96,15	1 3,85	26
Baixa (1.51 a 2.50)	44 81,48	10 18,52	54
Média (2.51 a 3.50)	15 71,43	6 28,57	21
Alta (3.51 a 4.50)	0 0,00	0 0,00	0
Altíssima (4.51 a 5.00)	0 0,00	0 0,00	0

Nota: Teste Qui-Quadrado: $X^2=6,35$; $GL=4$; $P=0,175$

**Teste Exato de Fisher: $P=0,056$

Dimensões de religiosidade e CRE positivo e negativo e religião/crenças/espiritualidade

Identificou-se associação positiva estatisticamente significativa entre indivíduos adeptos de uma religião e a dimensão RO ($p<0,001$). Assim, pode-se interpretar que os pacientes que possuíam uma doutrina religiosa específica compareciam com maior periodicidade a encontros religiosos, tais como grupos de oração, cultos e missas. Em contrapartida, foi observada associação negativa entre RO e crenças religiosas, espiritualidade ou não ter religião ($p<0,001$), indicando que a maioria dos participantes que possuíam crenças religiosas não relacionadas a uma única religião ou que se declararam espiritualizados costumavam comparecer com uma frequência consideravelmente menor a reuniões religiosas.

Ademais, todos os pacientes que declararam não ter religião demonstraram não frequentar organizações religiosas. Também foi evidenciada associação positiva entre os participantes com religião, crenças religiosas ou espiritualidade e a dimensão RI ($p<0,001$). Diante disso, entende-se que as pessoas que mencionaram possuir religião, crenças religiosas ou que se intitularam espiritualizadas demonstraram maior busca de internalização e vivência da religiosidade em sua plenitude. Por outro lado, mais da metade dos sujeitos que declararam não ter religião foram associados negativamente a RI, apontando terem menor experiência individual sobre os aspectos religiosos. Esses dados podem ser visualizados na Tabela 24.

Tabela 24 - Associação entre religião, crenças e espiritualidade declaradas pelos participantes e religiosidade organizacional e religiosidade intrínseca.

Variáveis	Com Religião	Com Crenças	Espiritualizado	Sem Religião	Total
Baixo RO <3	27 38,03	8 <u>66,67</u>	10 <u>83,33</u>	6 <u>100,00</u>	51
Alto RO >4	44 <u>61,97</u>	4 33,33	2 16,67	0 0,00	50
Baixo RI <9	2 2,82	2 16,67	5 41,67	4 <u>66,67</u>	13
Alto RI >10	69 <u>97,18</u>	10 <u>83,33</u>	7 <u>58,33</u>	2 33,33	88

Nota. Teste Exato de Fisher: P<0,001

Observou-se ainda que os sujeitos com religião definida, crenças religiosas ou que se denominavam espiritualizados apresentaram maior índice de utilização de estratégias religiosas e espirituais positivas ($p<0,001$) frente a situações estressoras, sendo estas de intensidade média a alta. Por outro lado, foi evidenciado que os sujeitos sem religião faziam uso do *coping* positivo com intensidade relativamente baixa ou irrisória (Tabela 25).

Tabela 25 - Associação entre religião, crenças e espiritualidade declaradas pelos participantes e coping religioso espiritual positivo.

CRE Positivo	Com Religião	Com Crenças	Espiritualizado	Sem Religião	Total
Nenhuma ou Irrisória	0 0,00	0 0,00	2 <u>16,67</u>	1 <u>16,67</u>	3
Baixa	7 9,86	5 <u>41,67</u>	2 16,67	3 <u>50,00</u>	17
Média	36 <u>50,70</u>	3 25,00	5 <u>41,67</u>	1 16,67	45
Alta	27 <u>38,03</u>	4 <u>33,33</u>	3 25,00	1 16,67	35
Altíssima	1 1,41	0 0,00	0 0,00	0 0,00	1
Total	71	12	12	6	101

Nota. Teste Exato de Fisher: P<0,001

Adesão ao tratamento, percepção de doença e estado emocional

Constatou-se associação negativa e significativa entre adesão ao tratamento e percepção de doença ($p<0,001$). Deste modo, quanto menor a percepção de ameaça decorrente da doença, maior mostrou ser a adesão a TARV (Tabela 26).

Tabela 26 - Associação entre adesão ao tratamento e percepção de doença.

Percepção de Doença	Adesão ao Tratamento			Total
	Baixa/insuficiente (<74)	Boa/adequada (75-79)	Estrita (≥ 80)	
Baixa percepção de ameaça à saúde ≤32	11 52,38	28 <u>87,50</u>	45 <u>93,75</u>	84
Alta percepção de ameaça à saúde ≥33	10 <u>47,62</u>	4 12,50	3 6,25	17
Total	21	32	48	101

Nota. Teste Qui-Quadrado: X²=18,49; GL=2; P<0,001

Identificou-se associação negativa entre adesão ao tratamento e ansiedade (p <0,043), indicando que quanto maior a adesão ao cumprimento das recomendações feitas pelos profissionais de saúde, menor a frequência de sintomas ansiosos vivenciados pelos pacientes (Tabela 27).

Tabela 27 - Associação entre adesão ao tratamento e ansiedade.

Nível de Ansiedade	Adesão ao Tratamento			Total
	Baixa/insuficiente (<74)	Boa/adequada (75-79)	Estrita (≥ 80)	
Baixa Frequência de sintomas ≤8	11 52,38	24 <u>75,00</u>	39 <u>81,25</u>	74
Alta Frequência de sintomas ≥9	10 <u>47,62</u>	8 25,00	9 18,75	27
Total	21	32	48	101

Nota. Teste Qui-Quadrado: X²=6,29; GL=2; P=0,043

Observou-se associação positiva estatisticamente significativa entre percepção de doença e ansiedade (p<0,001) e depressão (p<0,001). Assim, quanto maior a percepção de ameaça imposta pela enfermidade, maior a frequência de sintomas de ansiedade ou depressão (Tabela 28).

Tabela 28 - Associação entre percepção de doença e ansiedade ou depressão.

Percepção de Doença	Ansiedade		Depressão	
	Baixa Frequência de sintomas ≤8	Alta frequência de sintomas ≥9	Baixa Frequência de sintomas ≤8	Alta frequência de sintomas ≥9
Baixa percepção de ameaça à saúde ≤32	69 <u>82,14</u>	15 17,86	77 <u>91,67</u>	7 41,18
Alta percepção de ameaça à saúde ≥33	5 29,41	12 <u>70,59</u>	7 8,33	10 <u>58,82</u>
Total	84	17	84	17

Nota. Teste Exato de Fisher: P<0,001

Correlações evidenciadas para além dos objetivos iniciais do estudo

Adicionalmente, constatou-se que índices baixos de sintomas depressivos estiveram associados aos pacientes que possuíam religião, crenças religiosas e que se declaravam espiritualizados. Por outro lado, índices elevados de sintomas depressivos estiveram associados aos sujeitos que não tinham religião (p<0,002). Esses dados podem ser visualizados na Tabela 29.

Tabela 29 - Associação entre religião, crenças e espiritualidade declaradas pelos participantes e estado emocional.

Depressão	Com Religião	Com Crenças	Espiritualizado	Sem Religião	Total
Baixa frequência de sintomas <8	61 <u>85,92</u>	10 <u>83,33</u>	11 <u>91,67</u>	2 <u>33,33</u>	84
Alta frequência de sintomas >9	10 14,08	2 16,67	1 8,33	4 <u>66,67</u>	17
Total	71	12	12	6	101

Nota. Teste Exato de Fisher: P<0,002

No que tange ao *coping* religioso espiritual, identificou-se associação positiva entre o CRE positivo e o CRE negativo (p<0,002). Esses dados evidenciam inconstância nas estratégias desenvolvidas e mantidas pelos participantes do estudo. Com isso, quanto maior a execução de *coping* negativo, maior a frequência de *coping* positivo (Tabela 30).

Tabela 30 - Associação entre coping religioso espiritual positivo e negativo.

CREN	Coping Religioso Espiritual Positivo					Total
	Nenhuma ou Irrisória	Baixa	Média	Alta	Altíssima	
Nenhum ou Irrisória	12 <u>60,00</u>	8 17,78	6 16,67	0 0,00	0 0,00	26
Baixa	7 35,00	28 <u>62,22</u>	19 <u>52,78</u>	0 0,00	0 0,00	54
Média	1 5,00	9 <u>20,00</u>	7 <u>19,44</u>	0 0,00	0 0,00	17
Alta	0 0,00	0 0,00	4 11,11	0 0,00	0 0,00	4
Altíssima	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0 0,00	0
Total	20	45	36	0	0	101

Nota. Teste Exato de Fisher: P=0.002

Referente as dimensões de religiosidade, constatou-se associação positiva estatisticamente significativa entre RO ou RNO e RI (p<0,001). Desta forma, quanto maior a participação em práticas grupais realizadas em organizações religiosas e quanto maior a regularidade de atos individuais relacionados ao ser sagrado, maiores mostraram ser os significados pessoais atribuídos à religião. Os dados correspondentes a essas associações podem ser acessados na Tabela 31.

Tabela 31 - Associação entre dimensões de religiosidade conforme a Escala do Índice de Religiosidade de Duke – DUREL.

Variáveis	Religiosidade Organizacional		
	<3	>4	Total
Score RNO			
Baixo <3	24 <u>47,06</u>	8 16,00	32
Alto >4	27 52,94	42 <u>84,00</u>	69
Score RI			
Baixo <9	13 <u>25,49</u>	0 00,00	13
Alto >10	38 74,51	50 <u>100,00</u>	88

Nota. *Teste Qui-Quadrado: $X^2=11,25$; GL=1; $P<0,001$

** Nota. Teste Qui-Quadrado: $X^2=14,63$; GL=1; $P<0,001$

Percebeu-se associação positiva entre ansiedade e depressão ($p<0,001$), indicando que quanto maior a frequência de sintomas ansiosos percebidos, maior a ocorrência de sintomas depressivos experienciados pelas pessoas vivendo com HIV/Aids (Tabela 32).

Tabela 32 - Associação entre ansiedade e depressão.

Depressão	Ansiedade		Total
	Baixa frequência de sintomas ≤ 8	Alta Frequência de sintomas ≥ 9	
Baixa frequência de sintomas ≤ 8	71 <u>95,95</u>	13 48,15	84
Alta frequência de sintomas > 4	3 4,05	14 <u>51,85</u>	17
Total	74	27	101

Nota. Teste Exato de Fisher: $P<0,001$

CAPÍTULO V

DISCUSSÃO DOS RESULTADOS

Os participantes do estudo, em sua maioria, demonstraram uma busca elevada de internalização e vivência integral da religiosidade, correspondente a religiosidade intrínseca (87.13%) e uma alta manifestação de religiosidade não organizacional (68,3%), indicativa de práticas religiosas desempenhadas individualmente como a leitura de livros sagrados, o que corrobora resultados obtidos no estudo de Lee, Nezu e Nezu (2015). Ademais, ser adepto de uma religião associou-se positivamente a dimensão de religiosidade organizacional. Assim, pode-se interpretar que os pacientes que seguiam uma doutrina religiosa específica também compareciam com maior periodicidade a encontros religiosos, tais como grupos de oração, cultos e missas. Esses dados refletem a alta religiosidade do povo brasileiro (Sousa, 2013) e, a exemplo de outras pesquisas, mostram o lugar atribuído à religiosidade e à espiritualidade em situações de adoecimento crônico (Heinisch, & Stange, 2018; Lucchetti, Lucchetti, & Avezum Jr, 2011; Siqueira, Fernandes, & Moreira-Almeida, 2018), incluindo a Aids (Carneiro, 2015; Cruz et al., 2017; Gauchet, Tarquinio, & Fischer, 2007).

Associação positiva foi evidenciada ainda entre os participantes com religião, crenças religiosas ou espiritualidade e a dimensão religiosidade intrínseca. Nesse sentido, compreende-se que as pessoas que mencionaram possuir religião ou crenças religiosas ou que se intitularam espiritualizadas demonstraram maior busca de internalização e vivência da religiosidade em sua plenitude. Por outro lado, mais da metade dos sujeitos que declararam não ter religião foram associados negativamente a religiosidade intrínseca, apontando terem menor experiência individual sobre os aspectos religiosos.

Essas vivências religiosas e espirituais mostraram ser utilizadas como modos de enfrentar as adversidades do adoecimento com potencial para a obtenção de resultados positivos sobre o bem-estar psicológico, visto que o *coping* religioso espiritual positivo congrega medidas que proporcionam efeitos benéficos ao indivíduo. Nessa direção, foi observada associação negativa entre religiosidade organizacional e níveis de ansiedade. Assim, quanto mais os pacientes compareciam a locais em que são realizadas práticas ritualísticas, menor mostrou ser a incidência de sintomas ansiosos percebidos.

Além disso, na amostra estudada, as três dimensões de religiosidade estiveram associadas positivamente ao emprego do CRE positivo. Por conseguinte, pode-se inferir que a aproximação com um Ser sagrado e o cultivo da fé, mediante atos experienciados individualmente ou em grupo, auxiliavam os participantes a desenvolverem estratégias de *coping* favoráveis para lidarem com os desafios atrelados à doença e ao seu tratamento. Panzini e Bandeira (2007) ressaltam que práticas associadas a vivência religiosa/espiritual são empregadas pelos indivíduos de maneira regular na tentativa de lidarem com as problemáticas presentes no cotidiano, de modo que podem atuar em prol daqueles que utilizam o *coping* religioso espiritual.

Corroborando com as correlações observadas nesse estudo, Pinho et al. (2017) ressaltam que a religiosidade e a espiritualidade se configuram como importantes fatores de proteção para aqueles que nelas se apoiam, uma vez que contribuem de forma satisfatória no processo de ressignificação do sentido da vida. Estudiosos enfatizam que essas dimensões também têm sido associadas a busca de conforto, esperança e fonte de apoio para lidar com situações estressoras, incluindo o adoecimento por HIV/Aids (Cotton et al., 2006; Ferreira, Favoreto, & Guimarães, 2012; Gomes et al., 2013; Kremer, & Ironson, 2009; Peterson et al., 2010; Szaflarski, 2013).

A relevância do papel desempenhado pela religião no cotidiano das pessoas infectadas pelo vírus foi evidenciada em um estudo conduzido por pesquisadores brasileiros acerca das estratégias emocionais utilizadas para lidar com as dificuldades apresentadas no convívio com

o HIV. Entre elas, destacaram-se o desenvolvimento de atitudes e pensamentos otimistas sobre sua condição de saúde por meio de reflexões dos aspectos religiosos e espirituais, o apoio familiar e o suporte do serviço de saúde. Além disso, os pesquisadores identificaram que a aproximação com Deus e a crença de que o mesmo se fazia presente em suas vidas era um fator preditor de melhores respostas ao tratamento e às demandas sociais correspondentes (Melo et al., 2014).

Observou-se ainda que os sujeitos com religião definida, crenças religiosas ou que se denominavam espiritualizados apresentaram maior índice de utilização de estratégias religiosas e espirituais positivas frente a situações estressoras, sendo estas de intensidade média a alta. Por outro lado, foi evidenciado que os sujeitos sem religião faziam uso do *coping* positivo com intensidade relativamente baixa ou irrisória. De fato, com relação ao tipo de *coping*, pode-se notar que os pacientes fizeram uso do CRE positivo em escores predominantemente médios (44,55%) e altos (35,64%), enquanto o CRE negativo foi aplicado de forma irrisória (25,74%), baixa (53,47%) ou mediana (16,83%), o que pode ter contribuído para a manifestação de níveis excelentes (47,52%) a adequados (31,68%) de adesão ao tratamento pelos participantes da pesquisa, que corresponde ao seguimento das orientações feitas pelos profissionais de saúde.

Nessa direção, pesquisas indicam que quanto maior a religiosidade apresentada pelos sujeitos com HIV/Aids, maiores os níveis de adesão satisfatória a TARV e, conseqüentemente, melhores os desfechos clínicos desses pacientes (Doolette, Justice, & Fiellin, 2018; Pinho et al., 2017). Contudo, cabe salientar que embora tenha sido identificado uma tendência a associação positiva entre CRE positivo e adesão ao tratamento, no estudo presente não foram identificadas correlações estatisticamente significativas correspondente a essas variáveis. Ainda assim, a prevalência no uso de CRE positivo e os índices elevados de adesão satisfatória ao tratamento sinalizam que as estratégias de CRE positivo podem beneficiar a adesão aos medicamentos para o controle do HIV/Aids. Além disso, constatou-se tendência a associação negativa entre CRE negativo e adesão ao tratamento, sugerindo que quanto maior o emprego de *coping* religioso espiritual negativo, menor a adesão a TARV.

Houve também a identificação de associação negativa fraca entre CRE positivo e percepção de doença, apontando que quanto maior o emprego dessas estratégias de CRE, menor a percepção de ameaça imposta pela doença. Além disso, constatou-se uma provável inclinação de associação positiva entre CRE negativo e percepção de doença, o que indica que quanto maior o uso de tais estratégias, maior a percepção de ameaça à saúde.

Em concordância com as tendências analisadas, Ironson, Kremer e Lucette (2016), em um estudo longitudinal com 177 pacientes infectados pelo vírus HIV em estágio intermediário da doença (150-500 células CD4/mm) ou sem nenhum sintoma definidor de Aids anterior, verificaram que mesmo após o controle de comportamentos de saúde (adesão à medicação, uso de substâncias), o *coping* religioso espiritual previu, de forma significativa, uma maior sobrevivência em 17 anos. As estratégias mais empregadas foram as práticas espirituais ($r = 0,26$, $p < 0,001$), reenquadramento espiritual ($r = 0,27$, $p = 0,006$), superação da culpa espiritual ($r = 0,24$, $p < 0,001$), gratidão espiritual ($r = 0,40$, $p = 0,002$) e capacitação espiritual ($r = 0,52$, $p = 0,024$), indicando que as pessoas que usam essas estratégias têm duas a quatro vezes mais chance de sobreviver.

Houve a identificação de associação positiva entre ansiedade ou depressão e *coping* religioso espiritual negativo ($p < 0,01$). Assim, quanto maior a frequência de sintomas de ansiedade ou depressão, maior o emprego de estratégias de CRE negativo. Entre os fatores de CRE negativo, destacaram-se insatisfação com o outro institucional, que diz respeito a manifestação de sentimentos desagradáveis como decepção, frustração, mágoa e rancor de membros da instituição religiosa (3,59%), seguido por posição negativa frente a Deus (2,90%), em que se espera, de forma passiva, que Deus solucione todos os problemas a ele solicitado, e reavaliação negativa de Deus (2,89%), em que o indivíduo efetua reavaliações negativas a

respeito de Deus, questionando o ser superior sobre seus atos, características e punições. Nota-se que este último fator ocorre em associação a sentimentos de tristeza, culpa e revolta do ser transcendental. Nesse sentido, as correlações entre estado emocional e CRE negativo constatados nesse estudo parecem coerentes, tendo em vista que a presença de sintomas ansiosos e, sobretudo dos sintomas depressivos, com rebaixamento do estado de humor, visão negativista de si, do outro e do mundo demonstram ter efeitos desfavoráveis na construção de estratégias para lidar com a enfermidade.

Constatou-se que adesão ao tratamento também esteve associada negativamente a percepção de doença, apontando que quanto maior a adesão a TARV, menor a percepção de ameaça decorrente da doença, tal como observado em um estudo brasileiro realizado em Brasília-DF com pessoas vivendo com HIV/Aids. No referido estudo, os pesquisadores identificaram associação positiva entre adesão e idade e resiliência, bem como associação negativa com percepção de doença, indicando que níveis satisfatórios de adesão estiveram relacionados com idade avançada, escores elevados de resiliência e menor percepção de doença (Seidl, & Remor, 2020). Ademais, foram identificadas associações entre adesão ao tratamento e ansiedade, indicando que quanto maior a adesão ao cumprimento das recomendações feitas pelos profissionais de saúde, menor a frequência de sintomas ansiosos vivenciados pelos pacientes.

Sobre a adesão autorrelatada, 97,03% dos participantes afirmaram seguir a TARV de forma adequada, o que pode ser compreendido como fazer uso das medicações prescritas pelo médico no horário e quantidade indicados. Contudo, quando questionados a respeito da interrupção do esquema medicamentoso, 73,52% dos participantes mencionaram ter esquecido de tomar os comprimidos por um período de 1 a 90 dias ou mais. Além disso, tiveram aqueles que relataram ter esquecido de fazer uso regular dos remédios, porém não souberam informar o tempo aproximado (26,46%). Diante disso, observou-se incongruência entre os dados analisados em relação a adesão a TARV. Acredita-se que isso possa decorrer do temor de estar sendo avaliados ou até mesmo pelo receio de decepcionar os profissionais de saúde que o acompanham. Em uma tese de doutorado realizada por Guzmán (2007), o pesquisador discorreu sobre a relação médico-paciente, indicando que a construção do vínculo de confiança pode favorecer a adesão ao regime medicamentoso na medida em que o paciente se sente acolhido, compreendido e tenha a possibilidade de esclarecer suas dúvidas sobre a enfermidade. Porém, o mesmo fator pode se apresentar de forma prejudicial para alguns pacientes, visto que podem se recusar a abordar questões sobre a falha terapêutica, diante do temor em perder a confiança estabelecida com o médico ou, até mesmo, pelo receio de ser advertido pelo profissional.

Apenas entre os que apontaram não aderir bem ao tratamento (2,97%), houve identificação dos obstáculos encontrados, sendo eles relacionados ao uso da medicação, como a quantidade elevada de comprimidos e efeitos colaterais causados pelos remédios, ou fatores socioemocionais, tais como o temor do preconceito associado à enfermidade, o sentimento de vergonha pela infecção do vírus e o receio de tornar público o diagnóstico. Nota-se que os empecilhos mencionados pelos participantes vão de encontro ao que os estudos têm evidenciado como os possíveis entraves para adesão ao tratamento (Costa et al., 2018; Melchior, Nemes, Alencar, & Buchalla, 2007; Silva, Dourado, Brito, & Silva, 2015). Em um estudo transversal, com 464 pessoas diagnosticadas com HIV/Aids, realizado em Kampala, capital de Uganda, identificou-se que a ausência de suporte psicossocial e índices elevados de sofrimento emocional foram associados a maior ocorrência de uso irregular dos comprimidos. A maior satisfação com suporte e apoio social, por sua vez, esteve relacionada a menor incidência de não adesão ao regime medicamentoso (Mutumba et al., 2016). Diante disso, cabe lembrar que a adesão é considerada um fenômeno complexo, que abrange aspectos físicos, psicológicos, sociais, culturais e comportamentais (Machado, 2009; WHO, 2003; Silva, 2018).

Entre os 68 pacientes que mencionaram já ter esquecido de tomar a medicação em algum momento do tratamento da infecção pelo vírus, 13 (45,59%) disseram ter deixado de fazer uso dos antirretrovirais por um ou no máximo dois dias, ao passo que os demais apresentaram interrupção do esquema terapêutico entre 3 a 20 dias (16,17%) ou chegaram a suspender a ingestão dos fármacos por um período de 1 a mais de 3 meses (11,76%). Segundo Rachid e Schechter (2008), essas condutas podem resultar em falha virológica, deixando o indivíduo suscetível a contaminações oportunista devido à ausência de regimes terapêuticos capazes de controlar a disseminação do vírus no organismo, levando, com isso, os indivíduos infectados à morte.

Ainda que não tenha sido observada associação estatisticamente significativa entre adesão ao tratamento e dimensões de religiosidade, foi possível identificar uma propensão a associação positiva entre essas variáveis, sugerindo que quanto maior a religiosidade e aproximação com o ser transcendente, melhor adesão a TARV. Acerca desse dado, um estudo comparativo foi realizado entre dois grupos distintos de pacientes com o propósito de comparar os fatores relacionados a adesão entre aderentes e não aderentes ao regime medicamentoso. Logo, os pesquisadores identificaram que a religiosidade, assim como a relação de intimidade com Deus, a confiança no poder divino, a realização de orações e a participação em práticas ritualísticas em grupo foram componentes que se apresentaram de maneira predominante entre o grupo dos pacientes aderentes (Pecoraro et al., 2015).

Acerca da percepção de doença, foi evidenciado que para a maioria dos participantes (83,17%), o adoecimento acarretado pela infecção do vírus HIV não representava uma ameaça relevante à saúde, ao passo que para os demais (16,83%) a enfermidade era compreendida como uma ameaça iminente ao bem-estar geral, o que corrobora os resultados obtidos em estudo semelhante conduzido no Brasil (Nogueira, 2016). Presume-se que estes dados possam decorrer dos avanços alcançados nas últimas décadas na luta contra a disseminação do HIV/Aids, tais como a implementação e o acesso gratuito e universal aos novos medicamentos para o controle da enfermidade, bem como a transformação da Aids aguda, concebida como uma condição fatal para Aids crônica transmissível, porém manejável (Alencar, Nemes, & Velloso, 2008; UNAIDS, 2015). Apesar da doença não ter cura conhecida, muitos compreendem que é possível viver bem com HIV/Aids desde que haja adesão satisfatória a TARV (Seidl, & Faustino, 2014).

Em referência à dimensão temporal, foi identificado maior frequência de crenças de que a doença duraria por toda a vida (30,69%), tal como observado em outros estudos com essa população, resposta que pode ser considerada compatível com dados de realidade (Catunda, Seidl, & Lemétayer, 2018; Nogueira & Seidl, 2016; Kemppainen et al., 2008; Seidl, & Remor, 2020). Houve ainda pessoas que disseram não saber quanto tempo a enfermidade iria perdurar, alegando que a duração dependia de Deus (14,85%) e de entidades divinas, como orixás e exus (0,99%) ou que referiram que a doença iria se prolongar até a descoberta da cura (12,87%). De modo semelhante, em um estudo realizado na Carolina do Norte foi evidenciado que a maioria dos participantes declararam que HIV/Aids é uma enfermidade crônica, além de manifestar esperança de cura fundamentada em crenças religiosas ou nos progressos esperados no campo científico (Kemppainen et al., 2008).

Acerca da percepção de causalidade da doença, constatou-se que os participantes mencionaram com maior frequência às práticas sexuais desprotegidas, dado congruente com informações descritas na literatura (UNAIDS, 2017; Rachid & Schechter, 2008). Também foram mencionadas o uso de drogas injetáveis e a realização de transfusão sanguínea. De acordo com Rachid e Schechter (2008), o vírus HIV pode ser transmitido através de relações sexuais sem uso de preservativo e com risco de transmissão elevada nas práticas do intercurso anal, bem como por meio de transfusão de sangue e compartilhamento de objetos perfurantes, como por exemplo, seringas. Cabe salientar que outros fatores foram citados como possíveis causas da enfermidade, a saber: autorresponsabilização, com relatos frequentes de irresponsabilidade,

descuido e falta de cuidado consigo mesmo. Houve ainda culpabilização de outrem, em especial o companheiro, bem como a promiscuidade, termo empregado pelos participantes ao se referirem a relação sexual com múltiplos parceiros, e atribuição de responsabilidade aos desígnios de Deus (2,97%). Nesse último caso, observou-se a crença de estar sendo punido por não ter seguido uma certa doutrina religiosa, por acreditar que o adoecimento seria uma condição que já faria parte de sua vida (carma) ou por achar que a doença seria um propósito do destino e de forças sobrenaturais, o que se associa a descrição de CRE negativo descrita por Panzini (2007).

Foram evidenciadas correlações entre percepção de doença e ansiedade e depressão. Estudo similar, conduzido por Slot et al. (2015), elucidaram possíveis fatores vinculados ao risco de depressão em pessoas que vivem com HIV/Aids, entre eles a percepção de que a enfermidade impacta negativamente diferentes áreas da vida e o estresse relacionado ao diagnóstico de soropositividade. Outro estudo, realizado no Cazaquistão com 410 mulheres infectadas pelo vírus, constatou a prevalência de ansiedade e depressão na amostra analisada, o que mostrou estar associado a regime alimentar inadequado e a piora no estado clínico. Com isso, as correlações apresentadas nessa pesquisa mostram-se parcialmente condizentes com o estudo citado, considerando que a maior percepção de ameaça frente ao HIV/Aids, regime alimentar inapropriado e impacto nos aspectos psicológicos estiveram associados a maior frequência de sintomas de ansiedade ou depressão.

CONSIDERAÇÕES FINAIS

A investigação relatada nessa dissertação reuniu dados mediante o uso de instrumentos padronizados e devidamente validados no Brasil sobre as variáveis em estudo, o que permitiu, como proposto, analisar as associações entre a religiosidade e a espiritualidade de pessoas vivendo com HIV/Aids e construtos de grande valor e interesse em psicologia da saúde. Desse modo, foi possível conhecer práticas e estratégias de natureza religiosa e espiritual de uma amostra de pacientes com esse diagnóstico e, ao mesmo tempo, verificar se é como se correlacionam com a adesão ao tratamento antirretroviral, com a percepção de uma doença ainda vista como ameaçadora no imaginário coletivo e com estados emocionais que podem interferir no quadro clínico e na qualidade de vida de quem enfrenta os desafios de lidar com estressores típicos de doenças crônicas. Correlações estatisticamente significativas e outras tendências a associações foram encontradas, como apresentado na descrição de resultados e discutido à luz da literatura na área.

Cabe salientar que a maioria dos participantes ouvidos no presente estudo demonstraram uma busca elevada de internalização e vivência integral da religiosidade, havendo ainda número expressivo daqueles que mostraram encontrar conforto e amparo em práticas religiosas desempenhadas individualmente ou que se sentiam acolhidos ao efetuar encontros religiosos em grupo. Além disso, foi observado que essas dimensões de religiosidade foram correlacionadas positivamente à adesão a TARV, à percepção de doença, ao estado emocional e às estratégias de *coping* positivas e negativas.

Frente a isso, evidencia-se a relevância dos aspectos religiosos e espirituais no processo de saúde e doença, incluindo o adoecimento por HIV/Aids. Espera-se que os resultados identificados nessa dissertação possam colaborar para a ampliação de conhecimentos sobre essas dimensões, sobretudo no que concerne ao modo como são utilizadas pelas pessoas diante de situações adversas relacionadas ao diagnóstico e tratamento de uma doença crônica e estigmatizante. Além disso, almeja-se contribuir para o desenvolvimento de intervenções pautadas em uma abordagem holística, que tenham por objetivo a melhoria do cuidado prestado a essa população.

Por outro lado, o presente estudo apresentou algumas limitações, sobretudo o número restrito de participantes e a seleção por amostragem de conveniência, procedente de um único serviço, no município do Rio de Janeiro, o que impõe cautela na generalização dos resultados. Considerando se tratar de uma unidade pública, especializada em doenças infectocontagiosas, vinculado a um hospital de pesquisa e ensino, o público atendido possuía perfil característico. Pretendia-se, inicialmente, contar com a participação de um número maior de pacientes, incluindo aqueles atendidos em outro setor da mesma instituição, que também prestava assistência a indivíduos infectados pelo HIV, de modo a ampliar e a diversificar a amostra. No entanto, devido a pandemia do COVID-19, muitos pacientes passaram a ser atendidos através do recurso da telemedicina e outros tiveram suas consultas de acompanhamento espaçadas por serem considerados grupo de risco para agravamento da infecção pelo novo coronavírus, o que retardou e prolongou a coleta de dados, além de ter impossibilitado o acesso a muitas pessoas com o perfil desejado.

Ademais, o fato da coleta de dados ter sido realizada no período de pandemia pode ter influenciado os resultados da pesquisa, haja vista que não foi possível a pesquisadora oferecer maior auxílio no preenchimento dos questionários, além da crise sanitária possivelmente ter desencadeado estressores com potencial de maior mobilização das variáveis em estudo, sobretudo espiritualidade/religiosidade, percepção de ameaça da doença e estado emocional. Somado a isso, foi observado que o receio em tornar público o diagnóstico da soropositividade

ao ter acesso ao *link* de preenchimento dos instrumentos da pesquisa por meios de comunicações virtuais (WhatsApp e e-mail) parece ter constituído um obstáculo para alguns pacientes, que se recusaram a integrar a amostra do presente estudo.

Diante disso, sugere-se que pesquisas semelhantes sejam futuramente realizadas em outros serviços do país responsáveis por conduzir tratamentos para o controle do HIV/Aids e, sobretudo, que as variáveis abordadas possam ser melhor investigadas, como a associação entre *coping* religioso espiritual positivo e adesão a TARV e percepção de doença. Estima-se ainda que estudos qualitativos possam colaborar para uma compreensão mais aprofundada das associações encontradas nesse estudo.

REFERÊNCIAS

- Agostini, R., Maksud, I., & Franco, T. (2017). “Essa doença para mim é a mesma coisa que nada”: reflexões socioantropológicas sobre o descobrir-se soropositivo. *Saúde sociedade*, 26(2), 496-509. doi: 10.1590/s0104-12902017170072
- Albuquerque, J. R. de, Batista, A. T., & Saldanha, A. A. W. (2018). O fenômeno do preconceito nos relacionamentos sorodiferentes para HIV/Aids. *Psicologia, Saúde & Doenças*, 19(2). doi: 10.15309/18psd190219
- Alencar, T. M. D., Nemes, M. I. B., & Velloso, M. A. (2008). Transformações da “aids aguda” para a “aids crônica”: percepção corporal e intervenções cirúrgicas entre pessoas vivendo com HIV e aids. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13(6), 1841-1849. doi: 10.1590/S1413-81232008000600019
- Almeida, A., Pinsky, I., Zaleski, M., & Laranjeira, R. (2010). Envolvimento religioso e fatores sociodemográficos: resultados de um levantamento nacional no Brasil. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 37(1), 12-15. doi: 10.1590/S0101-60832010000100003
- Almeida, E. L. de. (2011). Adesão dos portadores de HIV/Aids ao tratamento: fatores intervenientes. *Revista Mineira de Enfermagem*, 15(2), 208-2016. doi: 10.5935/1415-2762.20180050
- Almeida, M. A. (2017). *A representação social das pessoas vivendo com HIV/Aids na mídia impressa* (Tese de mestrado, Faculdade de Informação e Comunicação, Universidade Federal de Goiás). Recuperado de <https://repositorio.bc.ufg.br/tede/handle/tede/7287>.
- Alves, J. E. D., Cavenaghi, S., Barros, L. F. W., & Carvalho, A. A. (2017). Distribuição espacial da transição religiosa no Brasil. *Tempo Social, revista de sociologia da USP*, 29(2), 215-242.
- Arrey, A. E., Bilsen, J., Lacor, P., & Deschepper, R. (2016). Spirituality/Religiosity: A Cultural and Psychological Resource among Sub-Saharan African Migrant Women with HIV/Aids in Belgium. *Journals Plos*. doi: 10.1371/journal.pone.0159488
- Azevedo, M. (1997). *A teoria cognitivo social de Albert Bandura*. Recuperado de http://www.educ.fc.ul.pt/docentes/mazevedo/materiais/ME&TES_2012/Aprendiz02CognitSocial.pdf
- Bellenzani, R., Nemes, M. I. B., & PAIVA, V. (2013). Health professional-patient communication and care: evaluation of an intervention for HIV/Aids treatment adherence. *Interface (Botucatu)*, (17)47, 803-34. doi: 10.1590/1807-57622013.0051
- Berger, M. B., Sullivan, K. A., Parnell, H. E., Pollard, A., Cox, M. E., Clymore, J. M., & Quinlivan, E. B. (2015). Barriers and facilitators to retaining and reengaging HIV cl care: a case study of North Carolina. *Journal of the International Association of Providers of Aids Care*, 15(6), 486-493. doi: 10.1177/2325957415616491
- Betancur, M. N., Lins, L., Oliveira I. R., & Brites, C. (2017). Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. *Brazilian Journal of Infectious Diseases*, (21)5, 507-514, 2017. doi: 10.1016/j.bjid.2017.04.004
- Bonolo, P. F., Gomes, R. R. F. M., & Guimarães, M. D. C. (2007). Adesão à terapia antirretroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, 16(4), 261-278. doi: 10.5123/S1679-49742007000400005

- Borges, D. C., Anjos, G. L., Oliveira, L. R., Leite, J. R., & Lucchetti, G. (2013). Saúde, espiritualidade e religiosidade na visão dos estudantes de medicina. *Revista Brasileira de Clínica Médica*, 11(1), 6-11. Recuperado de <http://files.bvs.br/upload/S/1679-1010/2013/v11n1/a3380.pdf>
- Brasil (2005). Ministério da Saúde. *Guia de vigilância epidemiológica*. Departamento de Vigilância Epidemiológica. Brasília: Autor.
- Brasil (2008). Ministério da Saúde. *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids*. Programa Nacional de DST e Aids. Brasília: Autor.
- Brasil (2012a). Ministério da Saúde. *Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids*. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Autor.
- Brasil (2012b). Ministério da Saúde. *História da Aids*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Autor.
- Brasil (2013). Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes*. Brasília: Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Autor.
- Brasil (2014). Ministério da Saúde. *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Autor.
- Brasil (2018a). Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. *História da Aids – 1982*. Brasília: Autor.
- Brasil (2018b). Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/Aids*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Autor.
- Brasil (2020). Ministério da Saúde. *Boletim epidemiológico HIV/Aids*. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. Brasília: Autor.
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2000). Aids e a infecção pelo HIV no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34(2), 207-217. doi: 10.1590/S0037-86822001000200010.
- Broadbent, E., Petrie, K. J., Main, J., & Weinman, J. (2006). The Brief Illness Perception Questionnaire. *Journal of Psychosomatic Research*, 60, 631-637. doi: 10.1016/j.jpsychores.2005.10.020
- Broncas, I. O. (2016). *Espiritualidade e estado de saúde na doença crônica: papel mediador do coping e da adesão ao tratamento* (Dissertação de mestrado, Instituto Universitário de Ciências Psicológicas, Sociais e da Vida, Portugal) Recuperado de <https://repositorio.ispa.pt/bitstream/10400.12/5241/1/20706.pdf>
- Caixeta, C. R. da C. B., Nascimento, L. C., Pedro, I. C. da S., & Rocha, M. M. (2012). Spiritual support for people living with HIV/Aids: A Brazilian explorative, descriptive study. *Nursing and Health Sciences*, 14, 514-519. Recuperado de <file:///C:/Users/taian/Downloads/caixeta2012HIV.pdf>
- Camargo, L. A. (2012). *Associação entre expectativa de autoeficácia, suporte familiar, indicativos de transtornos mentais e adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com HIV e Aids* (Dissertação de mestrado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo) Recuperado de <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=691495&indexSearch=ID>.

- Cameron, L. & Leventhal, H. (2003). Self-regulation, health, and illness: an overview. In L. D. Cameron & H. Leventhal (Eds.), *The self-regulation of health and illness behavior*, (pp. 1-14.). New York: Routledge.
- Campos, P. E. & Thomason, B. (2007). Intervenções cognitivo-comportamentais com pessoas com HIV/Aids. In V. E. Caballo (Org.), *Manual para o tratamento cognitivo-comportamental dos transtornos psicológicos da atualidade* (pp. 441-461). São Paulo: Santos.
- Cardoso, G. S. S. (2013). Manejo de estresse para pacientes com HIV/Aids por meio da TCC. *Revista Brasileira de Terapias Cognitivas*, 9(1), 26-33. doi: 10.5935/1808-5687.20130005
- Carvalho, P. P., Barroso, S. M., & Coelho, H. C. (2019). Fatores associados à adesão à terapia antirretroviral em adultos: revisão integrativa de literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 24(7). doi: 10.1590/1413-81232018247.22312017
- Carneiro, A. K. J. (2015). *Espiritualidade, religiosidade e crenças pessoais de pessoas vivendo com HIV/Aids em tratamento no instituto de infectologia Emílio Ribas* (Tese de doutorado, Programa de Pós-Graduação em Ciências da Coordenadoria de Controle de Doenças, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo) Recuperado de file:///C:/Users/taian/Downloads/Tese_Aretusa.K.H.Carneiro_2015%20(3).pdf
- Carvalho, C. V., Merchán-Hamann, E., & 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. doi: 10.1590/S0037-86822007000500013
- Carvalho, S. M. & Pares, G. O. (2011). A influência da estigmatização social em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Cadernos Saúde Coletiva*, 19(2), 157-163. Recuperado de http://www.cadernos.iesc.ufrj.br/cadernos/images/csc/2011_2/artigos/csc_v19n2_157-163.pdf
- Castilho, E. A., Escuder, M. M. L., & Grangeiro. (2010). Magnitude e tendência da epidemia de Aids em municípios brasileiros de 2002-2006. *Revista Saúde Pública*, 44(3), 430-440. doi: 10.1590/S0034-89102010005000013
- Catunda, C., Seidl, E. M. F., & Lemétaver, F. (2016). Qualidade de vida de pessoas vivendo com HIV/Aids: efeitos da percepção da doença e de estratégias de enfrentamento. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 32, 1-7. doi: 10.1590/0102-3772e32ne218
- Chambers, L. A., Rueda, S., Baker, D. N., Wilson, M. G., Deutsch, R., Raeifar, E., & Rourke, S. B. (2015). Stigma, HIV and health: a qualitative synthesis. *BMC Public Health*, 15(848), 1-17. Recuperado de <https://bmcpublihealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/s12889-015-2197-0>
- Christo, P. P. & Paula, G. (2008). Aspectos neuropsiquiátricos e neuropsicológicos da infecção pelo HIV e da Aids. In D. Fuentes, L. F. Malloy-Diniz, C. H. P. Camargo, & Cosenza, R. M. (Orgs.), *Neuropsicologia: teoria e prática* (pp. 335-355). Porto Alegre: ARTMED.
- Colleto, M. & Câmara, S. (2009). Estratégias de coping e percepção da doença em pais de crianças com doença crônica: o contexto do cuidador. *Diversitas: Perspectivas em Psicologia*, 5(1), 97-110. Recuperado de http://www.scielo.org.co/scielo.php?pid=S1794-99982009000100009&script=sci_abstract&tlng=pt
- Contoli, M. et al., (2019). Satisfaction with chronic obstructive pulmonary disease treatment: results from a multicenter, observational study. *Journals SAGE*. doi: 10.1177/1753466619888128
- Cotton, S., Puchalski, C. M., Sherman, S. N., Mrus, J. M., Peterman, A. H., Feinberg, J. et al. (2006). Espiritualidade e religião em pacientes com HIV/Aids. *Journal of General Internal Medicine*, 21. pmid: 17083501

- Cruz, D. S. M. da, Cordeiro, R. dos S., Marques, D. K. A., & Silva, P. E. (2017). Vivência de pacientes com HIV/Aids e a influência da Religiosidade/Espiritualidade no enfrentamento da doença. *Revista de Enfermagem UFPE online*, 1(10), 4089-4095. Recuperado de <https://pesquisa.bvsalud.org/portal/resource/pt/bde-33199>
- Dias, A. M., Cunha, M., Santos, A., Neves, A., Pinto, A., Silva, A., & Castro, S. (2011). Adesão ao regime terapêutico na doença crônica: revisão de literatura. *Millenium*, 40, 201-219. Recuperado de <https://www.ipv.pt/millenium/Millenium40/14.pdf>
- Durães, J. S. (2011). Cuidado e superação do estigma do HIV/Aids: estágio de observação no grupo de adesão do hospital de clínicas da UFPR em parceria com a pastoral da aids de Curitiba. *Anais Eletrônicos*. Curitiba: Champagnat.
- Eidam, C. L., Lopes, A. S., Guimarães, M. D. C., & Oliveira, O. V. (2006). Estilo de vida de pacientes infectados pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e sua associação com a contagem de linfócitos T CD4+. *Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano*, 8(3), 51-57. Recuperado de <https://periodicos.ufsc.br/index.php/rbcdh/article/view/3910/16568>
- Faria J. B. & Seidl, E. M. F. (2005). Religiosidade e enfrentamento em contextos de saúde e doença: revisão de literatura. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 18(3), 381- 389. doi: 10.1590/S0102-79722005000300012
- Ferreira, D., Favoreto, C., & Guimarães, M. (2012). A influência da religiosidade no conviver com o HIV. *Interface Comunicação, Saúde e Educação*, 16(41), 383- 94. doi: 10.1590/S1414-32832012005000019
- Figueiras, M. J. (2008). A relevância dos modelos de senso-comum da doença para a adesão terapêutica. *Revista Factores de Risco*, 11, 38-41.
- Figueiras, M. J., Machado, V. A., & Alves, N. C. (2002). Os modelos do senso-comum das cefaleias crônicas nos casais: Relação com o ajustamento marital. *Análise Psicológica*, 20(1), 77-90. Recuperado de http://www.scielo.mec.pt/scielo.php?script=sci_abstract&pid=S0870-82312002000100008&lng=pt&nrm=iss
- France, N. F., Macdonald, S. H., Conroy, R. R., Byrne, E., Mallouris, C., Hodgson, I., & Larkan, F. (2015). An unspoken world of unspoken things: a study identifying and exploring core beliefs underlying self-stigma among people living with HIV and AIDS in Ireland. *Swiss Med Wkly*, 13. doi: 10.4414/smw.2015.14113
- Galvão, J. (2002). *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV/aids no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: Abia.
- Gauchet, A., Tarquinio, C., & Fischer, G. (2007). Psychosocial predictors of medication adherence among persons living with HIV. *The Journal of Behavioral Medicine*, 14(3), 141-150. doi: 10.1007/BF03000185
- Gaynes, B. N., O'Donnell, J., Nelson, E., Heine, A., Zinski, A., Edwards, M., & Pence, B. W. (2015). Psychiatric comorbidity in depresses HIV-infected individuals: common and clinically consequential. *General Hospital Psychiatry*, 37(4), 277-282. doi: 10.1016/j.genhosppsy.2015.03.021
- Gomes, N. S., Farina, M., & Dal Forno, C. (2014). Espiritualidade, Religiosidade e Religião: Reflexão de Conceitos em Artigos Psicológicos. *Revista de Psicologia da IMED*, 6(2), 107-112.
- Grego, D. B. (2008). A epidemia da Aids: impacto social, científico, econômico e perspectivas. *Estudos Avançados*, 22(64). doi: 10.1590/S0103-40142008000300006
- Gusmão, J. L., & Mion Jr., D. (2006). Adesão ao tratamento: conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13, (1), 23-25.

- Gwinnutt, J. M. et al. (2020). Changes in the illness perceptions of patients with rheumatoid arthritis over the first year of methotrexate therapy. *Rheumatology (Oxford)*, 14. doi: 10.1093/rheumatology/keaa615
- Heinisch, R. H., & Stange, L. J. (2018). Religiosidade/espiritualidade adesão ao tratamento em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Boletim do Curso de Medicina da UFSC*, 4(2). doi: 10.32963/bcmufscv4i2.2898
- Hospital Universitário Pedro Ernesto (HUPE). (n.d.). *História*. Rio de Janeiro: Autor.
- Ironson, G., Kremer, H., & Lucette, A. (2016). Relationship Between Spiritual Coping and Survival in Patients with HIV. *Journal of General Internal Medicine*, 31(9), 1068-1076. doi: 10.1007/s11606-016-3668-4.
- Jacob, C. R. et al. (2004). A diversificação religiosa. *Estudos Avançados*, 18(52). doi: 10.1590/S0103-40142004000300002
- Jesus, G. J., Oliveira, L. B., Caliari, J. S., Queiroz, A. A. F. L., Gir, E., & Reis, R. K. (2017). Dificuldades do viver com HIV/Aids: Entraves na qualidade de vida. *Acta Paul Enferm.*, 30(3), 301-7. doi: 10.1590/1982-0194201700046
- Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS). (2015). *A global target achieved*. Recuperado de http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/UNAIDS_15by15_en.pdf
- Joint United Nations Programme on HIV/Aids (UNAIDS). (2017). *Você sabe o que é HIV e o que é Aids?*. Recuperado de <https://unaids.org.br/2017/03/voce-sabe-o-que-e-hiv-e-o-que-e-aids/>
- Kamen, C., Arganbright, J., Kienitz, E., Weller, M., Khaylis, Shenkman, T., & Gore-Felton, C. (2015). HIV-related stigma: implications for symptoms of anxiety and depression among Malawian women. *African Journal of Aids Research*, 14(1), 67-73. doi: 10.2989/16085906.2015.1016987
- Kee, M. K., Lee, S. Y., Kim, N. Y., Lee, J. S., Kim, J. M., Choi, J. Y., & Kim, S. S. (2015). Anxiety and depressive symptoms among patients infected with human immunodeficiency virus in South Korea. *Aids Care*, 27(9), 1174-1182. doi: 10.1080/09540121.2015.1035861
- Kemppainen, J., Kim-Godwin, R., Reynolds, N. R., & Spencer, V. S. (2008). Beliefs about HIV disease and medications adherence in persons living with HIV/Aids in rural southeastern North Carolina. *The Journal of the Association of Nurses in Aids Care*, 19(2), 127-136. doi: 10.1016/j.jana.2007.08.006
- Klein, P. J. et al. (2020). Differential medication attitudes to antihypertensive and mood stabilizing agents in response to an automated text-messaging adherence enhancement intervention. *Journal of Behavioral and Cognitive Therapy*, 30. doi: 10.1016/j.jbct.2020.03.015
- Koenig, H. G., Meador, K., & Parkerson, G. – Religion. (1997). Index for Psychiatric Research: a 5-item Measure for Use in Health Outcome Studies. *Am J Psychiatry*, 154(6), 885-886. doi: 10.1176/ajp.154.6.885b
- Koenig, H., King, D., & Carson, V., B. (2012). *Handbook Of Religion and Health*. New York: Oxford University Press.
- Kossakowska, M. M., & Zielazny, P. (2013). Illness perceptions and benefit finding among people with HIV/Aids. *Postepy Psychiatrii I Neurologii*, 22(3), 177-186. Recuperado de http://ain.ipin.edu.pl/aktualne/2014/05/Kossakowska_IPiN_PPiN_03-2013_EN.pdf
- Kremer, H. & Ironson, G. (2009) Tudo mudou: transformação espiritual em pessoas com HIV. *Int J Psychiatry Med*, 39, 243–262. pmid: 19967898
- Labbe, A. K., O’Cleirigh, C. M., Stein, M., & Safren, S. A. (2015). Depression CBT treatment gains among HIV-infected persons with a history of injection drug use varies as function

- of baseline substance use. *Psychology, Health and Medicine*, 20(7), 870-877. doi: 10.1080/13548506.2014.999809
- Lazarus R.S. & Folkman S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer Publishing Company.
- Leimig, M. B. C.; Lira, R. T.; Peres, F. B.; Ferreira, A. G. de C., & Falbo, A. R. (2018). Qualidade de vida, espiritualidade, religiosidade e esperança em pessoas com doença renal crônica em hemodiálise. *Sociedade Brasileira de Clínica Médica*, 16(1), p. 30-36. Recuperado de https://docs.bvsalud.org/biblioref/2018/06/884990/dezesseis_trinta.pdf
- Leite, S. N., & Vasconcellos, M. P. C. (2003). Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura. *Ciência & Saúde Coletiva*, 8(3), 775-782. doi: 10.1590/S1413-81232003000300011
- Leventhal, H., & Cameron, L. (1987). Behavioral theories and the problem of Compliance. *Patient Education and Counseling*, 10, 117-138. doi: 10.1016/0738-3991(87)90093-0
- Leventhal, H., Brissette, I., & Leventhal, E. A. (2003). The common-sense model of self-regulation of health and illness. Em L. D. Cameron & H. Leventhal (Orgs.), *The self-regulation of health and illness behavior* (pp. 42-65). New York, NY: Routledge.
- Leventhal, H., Diefenback, M., & Leventhal, E. A. (1992). Illness cognition: using common sense to understand treatment adherence and affect cognition interactions. *Cognitive Therapy and Research*, 16(2), 143-163. Recuperado de <https://link.springer.com/article/10.1007/BF01173486>
- Leventhal, H., Phillips, L. A., & Burns, E. A. (2016). The common-sense model of self-regulation (CSM): a dynamic framework for understanding illness self-management. *Journal of Behavioral Medicine*, 39(6):935-946. doi: 10.1007/s10865-016-9782-2
- Lima, A. L. L. M., Wunsch, C. T., Gutierrez, E. B., & Leite, R. M. (1996). Epidemiologia. In A. L. L. M. Lima, C. R. V. Kiffer, D. E. Uip, M. G. Oliveira & R. M. Leite (Eds.), *Perguntas e Respostas HIV/Aids* (pp. 1-29). São Paulo, SP: Atheneu.
- Lima, T. G., & Hildebrandt, F. M. P. (2018). *Percepção da doença de pessoas vivendo com HIV/Aids: uma revisão sistemática*.
- Lomar, A. V., & Diament, D. (2015). Terapia Anti-retroviral. In: Veronesi R, Focaccia R, editores científicos. Tratado de infectologia. São Paulo: Atheneu; 2005. p. 235-241.
- Lucchetti, G., Lucchetti, A. L. G., & Avezum Jr., A. (2011). Religiosidade, espiritualidade e doenças cardiovasculares. *Revista Brasileira de Cardiologia*, 24(1), 55-57. Recuperado de http://sociedades.cardiol.br/socerj/revista/2011_01/a_2011_v24_n01_07giancarlo.pdf
- Machado, M. M. (2009). *Adesão ao regime terapêutico: representações das pessoas com IRC sobre o contributo dos enfermeiros* (Dissertação de mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal). Recuperado de <https://core.ac.uk/download/pdf/55610159.pdf>
- Martins, R. R. (2008). *Elaboração e avaliação de indicadores comportamentais de aderência ao tratamento hemodialítico*. (Tese de mestrado, Universidade Federal do Rio Grande do Norte, Natal). Recuperado de <https://repositorio.ufrn.br/jspui/handle/123456789/17418>
- McIntosh, R. C., & Rosselli, M. (2012). Stress and coping in women living with HIV: A meta-analytic review. *Aids and Behavior*, 16(8), 2144–2159. doi:10.1007/s10461-012-0166-5
- Melchior, R., Nemes, M. I. B., Alencar, T. M. D., & Buchalla, C. M. (2007). Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. *Revista Saúde Pública*, 41(2), 87-93. doi: 10.1590/S0034-89102007000900014
- Melo, C. de F, Sampaio, I. S., Souza, D. L. de A., & Pinto, N. dos S. (2015). Correlação entre religiosidade, espiritualidade e qualidade de vida: uma revisão de literatura. *Estudos e Pesquisas em Psicologia*, 15(2), 447-464. Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1808-42812015000200002

- Melo, G. C. de, Rodrigues, S. T. C., Trindade, R. F. C. da, & Holanda, J. B. de L. (2014). Adesão ao tratamento: representações sociais sobre a terapia antirretroviral para pessoas que vivem com HIV. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(3), 572-580. doi: 10.5205/reuol.5149-42141-1-SM.0803201411
- Moraes, C. de (2008). Uma fenomenologia da cura espiritual: estudo de caso na pesquisa fenomenológica. *Revista da Abordagem Gestáltica*, 14(1). Recuperado de http://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-68672008000100009
- Moreira-Almeida, A., Peres, M. F., Aloe, F., Neto, F. L., & Koenig, H. G. (2008). Versão em português da Escala de Religiosidade da DUKE – DUREL. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 35(1), 31-32. doi: 10.1590/S0101-60832008000100006
- Muoghalu, C. O., & Jegede, S. A. (2013). Perception of HIV/Aids among the Igbo of Anambra State, Nigeria. *SAHARA-J: Journal of Social Aspects of HIV/Aids*, 10(1), 42-54. doi: 10.1080/17290376.2013.807052
- Muoghalu, C. O., & Jegede, S. A. (2013). Perception of HIV/aids along the Igbo of Anambra State, Nigeria. *Journal of Social Aspects of HIV/Aids*, 10(1), 42-54. doi: 10.1080/17290376.2013.807052
- Nogueira, G. S. (2012). *Adaptação e validação do brief illness perception questionnaire (Brief IPQ) para a cultura brasileira*. (Dissertação de mestrado, Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília). Recuperado de http://repositorio.unb.br/bitstream/10482/10777/1/2012_GrazielaSousaNogueira.p df.
- Nogueira, G. S. (2016). *Efeitos de intervenção cognitivo-comportamental sobre a percepção de doença de pessoas que vivem com HIV/Aids* (Tese de doutorado em processos de desenvolvimento humano e saúde da Universidade de Brasília). Recuperado de <http://repositorio.unb.br/handle/10482/21046>
- Nogueira, G. S., & Seidl, E. M. F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/Aids. *Temas em Psicologia*, 24(2). doi: 10.9788/TP2016.2-12
- Norcini Pala, P. A., & Steca, P. (2015). Illness perceptions and coping strategies among individuals diagnosed with HIV. *Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 620-631. doi: 10.1007/s10865-015-9639-0
- Ogden, J. (2004). *Psicologia da Saúde* (C. Patrocínio & F. Anderson, trad., L. Barros, Rev. Técnica, 2ª ed.). Lisboa: Climepsi Editores.
- Oliveira, M. R. de, & Junges, J. R. (2012). Saúde mental e espiritualidade/religiosidade: a visão de psicólogos. *Estudos de Psicologia*, 17(3), 469-476. doi: 10.1590/S1413-294X2012000300016
- Organização Mundial de Saúde (OMS). (2003). *Cuidados inovadores para condições crônicas: componentes estruturais de ação*. Brasília.
- Pacheco-Huergo, V., Vildrich, C., Pujol-Ribera, E., Cabezas-Peña, C., Núñez, M., Roura-Olmeda, P., ...Val, J. L. (2012). Percepción em enfermedades crônicas: validación lingüística del Illness Perception Questionnaire Revised y del Brief Illness Perception Questionnaire para la población española. *Atención Primaria*, 44(5), 280- 287. doi:10.1016/j.aprim.2010.11.022
- Padoin, S. M. M. et al. (2011). Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que têm HIV/Aids. *Jornal Brasileiro de Doenças Sexualmente Transmissíveis*, 23(4), 194-2011. Recuperado de <http://www.dst.uff.br/revista23-42011/9.Fatores%20associados%20a%20nao%20adesao%20ao%20tratamento.pdf>
- Pais-Ribeiro, J. L. (2007). *Introdução à Psicologia da Saúde*. (2nd ed.). Coimbra: Quarteto.

- Pakenham, K. I., & Rinaldis, M. (2001). The role of illness, resources, appraisal, and coping strategies in adjustment to HIV/Aids: The direct and buffering effects. *Journal of Behavioral Medicine*, 24, 259–279. doi: 10.1023/a:1010718823753
- Pala, A. N., & Steca, P. (2015). Illness perceptions and coping strategies among individuals diagnosed with HIV. *The Journal of Behavioral Medicine*, 38(4), 620-631. doi: 10.1007/s10865-015-9639-0
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2005). Escala de *coping* religioso-espiritual (Escala CRE): elaboração e validação de construto. *Psicologia em Estudo*, 10(3), 507-516. doi: 10.1590/S1413-73722005000300019
- Panzini, R. G., & Bandeira, D. R. (2007). *Coping* (enfrentamento) religioso/espiritual. *Revista de Psiquiatria Clínica*, 34(1), 126-135. doi: 10.1590/S0101-60832007000700016.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2001). *Estigma, discriminação e Aids*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Pecoraro A., Pacciolla, A., O'Cleirigh, C., Mimiaga, M., Kwiatek, P. et al. (2015). Proactive coping and spirituality among patients who left or remained in antiretroviral treatment in St Petersburg, Russian Federation. *Aids Care*, 13, 1-6. Doi: 10.1080/09540121.2015.1096895
- Pence, B. W., Shirey, K., Whetten, K., Agala, B., Itemba, D., Adams, J., Whetten, R., Yao, J., & Shao, J. (2012). Prevalence of psychological trauma and association with current health and functioning in a sample of HIV-infected and HIV-uninfected Tanzanian adults. *Journal PloS One*, 7(5). doi: 10.1371/journal.pone.0036304
- Pinho, C. M. et al. (2017a). Religiosidade prejudicada e sofrimento espiritual em pessoas vivendo com HIV/Aids. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 38(2). doi: 10.1590/1983-1447.2017.02.67712
- Pinho, C. M. et al. (2017b). Religious and spiritual coping in people living with HIV/Aids. *Revista Brasileira de Enfermagem*, 70(2). doi:10.1590/0034-7167-2015-0170
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/Aids: challenges and possibilities. *Ciência & Saúde Coletiva*, 15, 1201-1208. doi: 10.1590/S1413-81232010000700029
- Poletto, M. P., Heck, C., Calsa, D. C., Bonfim, P. C., & Moskovics, J. M. (2015). Pensamentos Automáticos e Crenças Centrais Associados ao HIV/Aids em Indivíduos. *Temas em Psicologia*, 23(2), 243-253. doi: 10.9788/TP2015.2-0
- Quiceno, J. M., & Vinaccia, S. (2010). Percepción de enfermedad: una aproximación a partir del Illness perception questionnaire. *Psicología desde el Caribe*, 25, 56-83. Recuperado de <https://www.redalyc.org/pdf/213/21315106004.pdf>
- Rachid, M., & Schechter, M. (2008). *Manual de HIV/Aids* (9ª. ed.). Rio de Janeiro: Livraria e Editora Revinter.
- Ramos, L. Q. (2016). Da cara da morte para a cara viva da Aids: a transição expressa nas campanhas do dia mundial de luta contra a Aids (1989-2014) (Dissertação de mestrado, Casa de Oswaldo Cruz-Fiocruz). Recuperado de http://www.ppghcs.coc.fiocruz.br/images/dissertacoes/dissertao%20Lissandra_ramos.pdf
- Ramos-Cerqueira, A. T. de A., Seidl, E. M. F., Malerbi, F. E. K., Nogueira, G. S. & Côco, L. T. (2018). Adesão em doenças crônicas transmissíveis e não transmissíveis. In Seidl, E. M. F. et al. (Orgs), *Psicologia da saúde: teorias, conceitos e práticas* (cap. 3, pp. 83-102). Curitiba: Juruá Editora.
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”. *Revista Saúde Pública*, 41(5), 685-694. doi: 10.1590/S0034-89102006005000043.
- Reynolds, N. R., Eller, L. S., Nicholas, P. K., Corless, I. B., Kirksey, K., Hamilton, M. J., Holzemer, W. L. (2009). HIV illness representation as a predictor of self-care

- management and health outcomes. *Aids and Behavior*, 13(2), 258-67. doi: 10.1007/s10461-007-9297-5
- Ribeiro, E. G., & Costa Neto, S. B. (2011). Análise dos indicadores relacionados ao grau de adesão ao tratamento de portadores de hipertensão arterial. *Revista Psicologia e Saúde*, 3(1), 20-32
- Robbins, G. K. et al. (2016). Characteristics associated with virologic failure in high-risk HIV-positive participants with prior failure: a post hoc analysis of ACTG 5251. *HIV Clinical Trials*, 17(4), 165-172. doi: 10.1080/15284336.2016.1189754.
- Rocha, M. N. A. (2008). Adesão ao tratamento da malária: um estudo em comunidades do entorno da usina hidrelétrica de Tucuruí, Pará (Tese de doutorado, Universidade Federal do Pará, Belém). Recuperado de <http://repositorio.ufpa.br/jspui/handle/2011/4963>
- Santos, E. E. P., Padoin, S. M. M., Zuge, S. S., Schwarzbald, A. V., Magnago, T. S. B. S., & Paula, C. C. (2014). Expectativa de autoeficácia para tratamento de adultos com Aids de um hospital universitário. *Revista de Enfermagem UFPE*, 8(8), 2797-2804. Recuperado de <https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/9986>
- Scheffer, M. (2000). Tecnologia, Aids e ética em pesquisa. *Interface (Botucatu)*, 4(6), 173-176. doi: 10.1590/S1414-32832000000100023
- Seidl, E. M. F., & Faustino, Q. M. (2014). Pessoas vivendo com HIV/Aids: possibilidades de atuação da psicologia. In E. M. F. Seidl, & M. C. O. S Miyazaki (Eds.), *Psicologia da saúde: pesquisa e atuação profissional no contexto de enfermidades crônicas* (pp. 21-54). Curitiba: Juruá.
- Seidl, E. M. F., & Remor, E. (2020). Adesão ao tratamento, resiliência e percepção de doença em pessoas com HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36. doi: 10.1590/0102.3772e36nspe6
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antirretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23(10), 2305-2316. doi: 10.1590/S0102-311X2007001000006
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. da C., & Troccoli, B. T. (2005). Pessoas vivendo com HIV/Aids: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 18(2), 188-195. doi: 10.1590/S0102-79722005000200006
- Siafaka, V., Zioga, A, Evrenoglou, T., Mavridis, D., & Tسابouri, S. (2020). Illness perceptions and quality of life in families with child with atopic dermatitis. *Allergol Immunopathol (Madr)*, 48(6), 603-611. doi: 10.1016/j.aller.2020.03.003.
- Siarava, E., Markoula, S., Sygkliti-Henrietta, P., Kyritsis, A. P., & Hyphantis, T. (2020). Psychological distress symptoms and illness perception in patients with epilepsy in Northwest Greece. *Epilepsy & Behavior*, 102. doi: 10.1016/j.yebeh.2019.106647
- Silva, et. al. (2016). Espiritualidade e religiosidade em pacientes com hipertensão arterial sistêmica. *Revista Bioética*, 24(2). Recuperado de https://revistabioetica.cfm.org.br/index.php/revista_bioetica/article/view/1170
- Silva, J. A. G.; Dourado, I.; Brito, A. M., & Silva, C. A. L. (2015). Fatores associados à não adesão aos antirretrovirais em adultos com Aids nos seis primeiros meses da terapia em Salvador, Bahia, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, 31(6), 1188-1198. doi: 10.1590/0102-311X00106914
- Siqueira, J., Fernandes, N. M., & Moreira-Almeida, A. (2018). Associação entre religiosidade e felicidade em pacientes com doença renal crônica em hemodiálise. *Brazilian Journal of Nephrology*, 41(1). doi: 10.1590/2175-8239-jbn-2018-0096
- Sistema Nacional de Regulação (SISREG). (2008). *Manual do Operador Solicitante SISREG III (Solicitação e Agendamento de Consultas e Procedimentos)*. Brasília, DF: Ministério da Saúde; Datasus.

- Skalski, L. M., Watt, M. H., MacFarlane, J. C., Proeschold-Bell, R. J., Stout, J. E., & Sikkema, K. J. (2015). Mental health and substance use among patients in a North Carolina HIV clinic. *North Carolina Medical Journal*, 76(3), 148-155. doi: 10.18043/ncm.76.3.148
- Slot, M., Sodeman, M., Gabel, C., Holmoskov, J., Laursen, T., & Rodkjaer, L. (2015). Factors associated with risk of depression and relevant predictors of screening for depression in clinical practice: a cross-sectional study among HIV-infected individuals in Denmark. *HIV Medicine*, 16(7), 393-402. doi: 10.1111/hiv.12223
- Smits, D., Brigis, G., Pavare, J., Urtane, I., Kovalovs, S., & Barengo, N. C. B. (2020). Factors related to poor adherence in Latvian asthma patients. *Allergy Asthma Clin Immunol.*, 4(16). doi: 10.1186/s13223-020-0414-6.
- Soares, F. M. G., & Costa, I. M. C. (2011). Lipoatrofia facial associada ao HIV/Aids: do advento aos conhecimentos atuais. *Educação Médica Continuada*, 86(5):843-64. Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/abd/v86n5/v86n5a01.pdf>
- Soares, F. M. G., & Costa, I. M. C. (2012). Tratamento da lipoatrofia facial associada ao HIV/Aids: o impacto sobre a progressão da infecção avaliada pela contagem de CD4 e carga viral. <http://www.anaisdedermatologia.org.br/detalhe-artigo/101807/Tratamento-da-lipoatrofia-facial-associada-ao-HIV-AIDS--o-impacto-sobre-a-progressao-da-infeccao-avaliada-pela-contagem-de-CD4-e-carga-viral->
- Songwathana, P., & Manderson, L. (1998). Perceptions of HIV/aids and caring for people with terminal aids in southern Thailand. *Aids Care*, 10(2), 155-165. doi: 10.1080/09540129850124262
- Sontag, S. (1989). *Aids e suas metáforas* (P. H., Britto, trad.). São Paulo: Editora Schwarcz.
- Sousa, J. A. C. (2009). *Aliança terapêutica em contextos de saúde: sua relação com a adesão terapêutica e com as crenças dos utentes face aos médicos e medicina* (Tese de mestrado, Universidade do Minho, Braga, Portugal). Recuperado de <http://hdl.handle.net/1822/10736>
- Sousa, L. M. S. de (2017). *Estigma e vulnerabilidade ao HIV/Aids entre travestis e mulheres transexuais* (Tese de doutorado, Universidade Federal da Bahia, Brasil). Recuperado de <https://repositorio.ufba.br/ri/bitstream/ri/26706/1/Tese%20Laio%20Magno%20Sousa.%20202017.pdf>
- Sousa, M. R. M. G. C. (2003). *Estudo dos conhecimentos e representações de doença associados à adesão terapêutica nos diabéticos tipo 2* (Tese de mestrado, Universidade do Minho, Instituto de Educação e Psicologia). Recuperado de <http://repositorium.sdum.uminho.pt/handle/1822/668>
- Sousa, R. F. de. (2013). Religiosidade no Brasil. *Estudos Avançados*, 27(79). doi: 10.1590/S0103-40142013000300022
- Souza, T. R. C. (2008). *Impacto psicossocial da aids: enfrentando perdas. ressignificando a vida*. São Paulo: Centro de Referência e Treinamento em DST/Aids. Recuperado de http://www3.crt.saude.sp.gov.br/arquivos/pdf/publicacoes_dst_aids/tese_impacto_psicossocial_da_aids_alt_31-10-08.pdf
- Spink, M. J. P. (2001). Trópicos do discurso sobre risco: risco-aventura como metáfora na modernidade tardia. *Cadernos de Saúde Pública*, 17(6). doi: 10.1590/S0102-311X2001000600002
- Straub, R. O. (2014). *Psicologia da Saúde: uma Abordagem Psicossocial* (3 ed.). Porto Alegre: ARTMED.
- Szaflarski, M. (2013). Spirituality and religion among HIV-infected individuals. *Curr HIV/AIDS Reports*, 10(4), 324-32. doi: 10.1007/s11904-013-0175-7
- Tan, W. S. et al. (2020). Exploring patients' experience and perception of being diagnosed with bladder cancer: a mixed-methods approach. *BJU Internacional*, 125(5), 669-678. doi: 10.1111/bju.15008.

- Tiemensma J., Gaab, E., Voorhaar, M., Asijee, G., & Kaptein, A. (2016). Illness perceptions and coping determine quality of life in COPD patients. *International Journal of Chronic Obstructive Pulmonary Disease*, 25(11). doi: 10.2147/COPD.S109227.
- Valle, C. G. do. (2002). Identidade, doença e organização social: um estudo das pessoas vivendo com HIV e Aids. *Horizontes Antropológicos*, 8(17). Recuperado de <https://www.scielo.br/pdf/ha/v8n17/19082.pdf>
- Valle, J. E. (2005). Religião e espiritualidade; um olhar psicológico. In M.M. Amatuzzi (Org.), *Psicologia e espiritualidade*, 83-107. São Paulo: Paulus.
- Weaver, K. E., Llabre, M. M., Duran, R. E., Antoni, M. H., Ironson, G., Penedo, F. J., & Schneiderman, N. (2005). A stress and coping model of medication adherence and viral load in HIV positive men and women on highly active antiretroviral therapy (HAART). *Health Psychology*, 24, 385–392. doi: 10.1037/0278-6133.24.4.385
- Weiss, S. M., Tobin, J. N., Antoni, M., Ironson, G., Ishii, M., Vaughn, A., & Page, J. B. (2011). Enhancing the health of women living with HIV: the SMART/EST Women's Project. *International Journal Womens Health*, 15(3), 63-77. doi: 10.2147/IJWH.S5947
- World OMSOrganization (WHO). (2003). *Adherence to long-term therapies: evidence for action*. Recuperado de http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_full_report.pdf
- Zafra-Tanaka, J. H., & Ticona-Chavez, E. (2016). Estigma relacionado à VIH/SIDA asociado con adherencia al tratamiento antirretroviral en pacientes de un hospital de Lima, Perú 2014. *Revista Peruana de Medicina Experimental Y Salud Pública*, 33(4). doi: 10.17843/rpmesp.2016.334.2544
- Zuniga, J.A., Yoo-Jeaong, M., Dai, T., Guo, Y., & Waldrop-Valverde, D. (2015). The role of depression in retention in care for persons living with HIV. *AIDS Patient Care STDS*, 30(1): 34–38. doi: 10.1089/apc.2015.0214

APÊNDICES

Apêndice A - Questionário Sociodemográfico e Médico-Clinico

1. Nome completo: _____
2. Gênero: () Feminino () Masculino () Outro _____
3. Qual a sua idade? _____
4. Qual seu estado civil?

- Solteiro(a) Casado(a) Morando junto
 Separado(a) Divorciado(a) Viúvo(a)

5. Qual a sua escolaridade? (estudou até que série?)

6. Você está trabalhando?

- Sim Não

7. Você possui alguma crença ou doutrina religiosa?

- Sim, tenho religião. Qual? _____
 Tenho crenças religiosas, mas não são relacionadas a uma religião específica.
 Não possuo crenças religiosas, nem religião.
 Não possuo religião, mas me considero uma pessoa espiritualizada

8. Há quanto tempo você recebeu o diagnóstico de HIV/Aids?

9. Já foi internado em consequência do HIV/Aids? Se sim, quantas vezes?

10. Há quanto tempo você se encontra em tratamento nesta instituição?

11. No seu ponto de vista, tem sido possível seguir o tratamento antirretroviral de forma adequada (exemplo: tomar as medicações prescritas pelo médico no horário e na quantidade indicada? Caso contrário, o que tem dificultado o tratamento?

12. Você já fez ou faz acompanhamento psicológico antes ou depois do diagnóstico?



Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro
Pró-Reitoria de Pesquisa e Pós-Graduação
Instituto de Educação
Programa de Pós-Graduação em Psicologia – PPGPSI

REGISTRO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Você está sendo convidado(a) a participar do projeto de pesquisa “Religiosidade e Espiritualidade em HIV/Aids: associação com percepção de doença, estratégias de *coping* e adesão à medicação”, cuja pesquisadora responsável é a psicóloga Taiana Gomes Lima, do curso de Mestrado do Programa de Pós-Graduação em Psicologia da Universidade Federal Rural do Rio de Janeiro. Antes de decidir participar é importante que leia com calma as informações abaixo, esclarecendo todas as dúvidas.

Essa pesquisa pretende: 1) Identificar as suas vivências religiosas/espirituais; 2) Identificar se você utiliza a religiosidade/espiritualidade para enfrentar momentos difíceis; 3) Analisar o seu entendimento sobre a sua doença; 4) Analisar o quanto está conseguindo fazer uso dos medicamentos para o controle do HIV/Aids; 5) Verificar a existência de associações entre a religiosidade/espiritualidade com a percepção de doença, modos de lidar com a doença e adesão à medicação.

Caso aceite participar, será pedido que você responda a cinco questionários, que fazem parte do estudo, contendo perguntas sobre as suas crenças e práticas religiosas/espirituais, o que pensa acerca da sua doença, como você lida com situações estressoras e sobre o seu tratamento medicamentoso.

Algumas perguntas feitas podem trazer algum tipo de desconforto, ao lhe fazer lembrar de momentos difíceis que você tenha passado ou esteja vivendo. Caso isso ocorra, você poderá interromper o preenchimento dos questionários se achar necessário. Você terá todo suporte necessário disponibilizado pela psicóloga responsável no momento ou, se preferir, poderá entrar em contato com ela através do telefone (21) 98684-7483. Você também pode tirar dúvidas em relação a sua proteção ética através do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Pedro Ernesto, telefone (21) 2868-8253 no endereço Boulevard 28 de Setembro, 77 Vila Isabel Rio de Janeiro – RJ.

A sua participação é voluntária, o que significa que você poderá se recusar a participar do estudo ou abandoná-lo quando e como quiser sem qualquer prejuízo à continuidade de seu tratamento na Instituição. Por ser uma participação voluntária e sem interesse financeiro, você não terá direito a nenhuma remuneração. Caso decida participar, receberá este registro de consentimento para assinar em duas vias. Uma ficará com você e a outra com a pesquisadora responsável.

Será dado a você o direito de saber sobre os resultados dessa pesquisa, a qualquer momento. A pesquisadora e os profissionais de saúde também terão acesso aos dados do estudo. As informações fornecidas através dos questionários não serão associadas ao seu nome, ou seja, sua identidade será mantida em sigilo (segredo). Ao ser preservada a sua identidade, a pesquisadora poderá apresentar os dados da pesquisa em reuniões de pesquisadores ou publicações da área (congressos e artigos científicos).

Espera-se que esta pesquisa traga contribuições para melhoria do cuidado necessário a pessoas na sua condição.

Esperamos contar com a sua participação, caso possível.

“Eu, _____ RG nº _____
_____ declaro ter sido informado(a) e concordo em participar, como voluntário(a), da pesquisa acima descrita. Reconheço a autoridade e competência daquele designado a realizar este estudo. Concordo em me submeter a questionários, inventários e escalas certo(a) de que terei garantido o sigilo que assegure minha privacidade quanto aos dados confidenciais envolvidos na pesquisa”.

Rio de Janeiro, _____ de _____ de 20 ____.

Assinatura do declarante

Taiana Gomes Lima
Psicóloga – CRP 0549892
Responsável pela pesquisa

ANEXOS

Anexo A - Escala do Índice de Religiosidade de Duke (DUREL)

(1) Com que frequência você vai a uma igreja, templo ou outro encontro religioso?

1. Mais do que uma vez por semana
2. Uma vez por semana
3. Duas a três vezes por mês
4. Algumas vezes por ano
5. Uma vez por ano ou menos
6. Nunca

(2) Com que frequência você dedica o seu tempo a atividades religiosas individuais, como preces, rezas, meditações, leitura da bíblia ou de outros textos religiosos?

1. Mais do que uma vez ao dia
2. Diariamente
3. Duas ou mais vezes por semana
4. Uma vez por semana
5. Poucas vezes por mês
6. Raramente ou nunca

A seção seguinte contém três frases a respeito de crenças ou experiências religiosas. Por favor, anote o quanto cada frase se aplica a você.

(3) Em minha vida, eu sinto a presença de Deus (ou do Espírito Santo).

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(4) As minhas crenças religiosas estão realmente por trás de toda a minha maneira de viver.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

(5) Eu me esforço muito para viver a minha religião em todos os aspectos da vida.

1. Totalmente verdade para mim
2. Em geral é verdade
3. Não estou certo
4. Em geral não é verdade
5. Não é verdade

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

Durante a última semana

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

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

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

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

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa

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

Nada	Pouco	Regular	Bastante	Muito

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

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

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

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito

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

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos

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

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo

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

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade

Anexo C – Pontuação das Questões do CEAT – VIH, versão original (Remor, 2002)

<i>Tabla 1</i> Descriptivos de las variables relacionadas con la adhesión al tratamiento		
Variables (n= 92)	Rango posible	Mediana
Omisión del tto. En la última semana	1 siempre a 5 nunca	5
Omisión del tto. durante un día completo desde el inicio del tto.	0 no - 1 sí	0
Adhesión al horario	1 siempre a 5 nunca	5
Sentirse mejor como motivo de omisión	5 siempre a 1 nunca	5
Sentirse peor como motivo de omisión	5 siempre a 1 nunca	5
Sentirse triste o deprimido como motivo de omisión	5 siempre a 1 nunca	5
Utilización de estrategia	0 no - 1 sí	0
Recuerdo de los fármacos que utiliza	0 ninguno, 1 mitad, 2 todos	2
Frecuencia de refuerzo/ánimos por parte del médico	1 nunca a 5 siempre	5
Calidad de la relación médico-paciente	1 mala a 5 buena	5
Grado de esfuerzo que supone el tto.	1 mucho a 5 nada	4
Percepción de capacidad para seguir con el tto.	1 nada a 5 mucho	4
Grado de información sobre el tratamiento	1 nada a 5 mucho	4
Beneficios que puede suponer el tto.	1 ninguno a 5 muchos	4
¿Cómo se siente en general desde que ha empezado a tomar el tto.?	1 muy insatisfecho a 5 muy satisfecho	4
Intensidad de los efectos secundarios	1 muy intensos a 5 nada intensos	3
Grado de mejoría desde inicio del tto.	1 nada a 5 mucho	4
¿Cuánto tiempo le supone seguir con el tto.?	1 mucho tiempo a 5 poco tiempo	4
Autovaloración del grado de adhesión	1 nada cumplidor a 5 muy cumplidor	4
Dificultad percibida del tto.	1 mucha dificultad a 5 nada dificultad	4
Grado de adhesión global al tratamiento (puntuación total de la encuesta)*	Mín. 17 - Max. 89	73

Nota: tto. = tratamiento, * mayor puntuación mayor grado de adhesión al tratamiento

Anexo D - Questionário de Percepção de Doenças versão Breve (*Brief* IPQ)

Este questionário é sobre o que você pensa sobre a sua doença. Não existe resposta certa ou errada, o que importa é que você escolha a alternativa que melhor represente a maneira como você percebe a sua doença. Por exemplo:

Quanto você acha que é responsável pela sua saúde?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não sou responsável pela minha saúde						Sou totalmente responsável pela minha saúde				

Para a questão acima, caso você pense que tem muita responsabilidade pela sua saúde, mas que não é totalmente responsável por ela, você poderia circular o número 8 ou o número 9, por exemplo. Se você acha que tem pouca responsabilidade pela sua saúde poderia circular o número 1 ou o número 2, e assim por diante.

Da mesma maneira, para as questões a seguir, por favor, circule o número que melhor corresponda ao seu ponto de vista.

1. Quanto a doença afeta a sua vida?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não afeta em nada a minha vida						Afeta gravemente a minha vida				
2. Quanto controle você sente que tem sobre a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Absolutamente nenhum controle						Tenho extremo controle				
3. Quanto você pensa que o tratamento pode ajudar a melhorar a sua doença?										
0	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
Não ajudará em nada						Ajudará extremamente				

<p>4. Quanto você sente sintomas (sinais, reações ou manifestações) da sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não sinto nenhum sintoma Sinto muitos sintomas graves</p>										
<p>5. Quanto você está preocupado(a) com a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Nem um pouco preocupado(a) Extremamente preocupado</p>										
<p>6. Até que ponto você acha que compreende a sua doença?</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não compreendo nada Compreendo muito claramente</p>										
<p>7. Quanto a sua doença o(a) afeta emocionalmente? (Por exemplo, faz você sentir raiva, medo, ficar chateado ou depressivo).</p> <p>0 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10</p> <p>Não me afeta emocionalmente em nada Afeta-me muitíssimo emocionalmente</p>										
<p>8. Quanto tempo você pensa que a sua doença irá durar? Explique.</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p>										
<p>9. Por favor, liste os fatores mais importantes que você acredita que causaram a sua doença. As causas mais importantes para mim são:</p> <p>1ª _____</p> <p>2ª _____</p> <p>3ª _____</p>										

Muito obrigada por sua colaboração!

Anexo E - Carta de Autorização para o Uso da Versão Brasileira do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief* IPQ)

Brasília, 10 de dezembro de 2019.

Carta de Autorização para o Uso da Versão Brasileira do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief* IPQ)

Eu, Graziela Sousa Nogueira, primeira autora do estudo de adaptação e validação do Questionário de Percepção de Doenças Versão Breve (*Brief* IPQ), autorizo Taiana Gomes Lima a utilizá-lo em sua pesquisa, cujo título é Religiosidade e Espiritualidade em HIV/Aids: associação com percepção de doença, estratégias de coping e adesão à medicação com o objetivo de analisar as associações entre as vivências e práticas religiosas/espirituais e as estratégias de coping religioso/espiritual de indivíduos soropositivos, bem como entre estas e medidas de percepção de doença e de adesão à medicação antirretroviral.

Atenciosamente



Graziela Sousa Nogueira

Doutora em Psicologia do Programa de Pós-Graduação em Processos do Desenvolvimento Humano e Saúde (PGPDS) da Universidade de Brasília (UnB);

Mestre em Psicologia pelo PGPDS;

Psicóloga Especialista em Psicologia da Saúde e em Terapia Cognitivo Comportamental pela Faculdade de Medicina de São José do Rio Preto-SP (FAMERP).

Psicóloga da Secretaria de Estado de Saúde do Governo do Distrito Federal

grazysousa@yahoo.com.br

61 98100-3537

Anexo F – Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HADS)

Nome: _____

Por favor, leia todas as frases. Marque com um "X" a resposta que melhor corresponder a como você tem se sentido na última semana. Não é preciso ficar pensando muito em cada questão. Vale mais a sua resposta espontânea.

1) Eu me sinto tenso ou contraído:

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Nunca

2) Eu ainda sinto gosto pelas mesmas coisas de antes:

- Sim, do mesmo jeito que antes
- Não tanto quanto antes
- Só um pouco
- Já não sinto mais prazer em nada

3) Eu sinto uma espécie de medo, como se alguma coisa ruim fosse acontecer:

- Sim, e de um jeito muito forte
- Sim, mas não tão forte
- Um pouco, mas isso não me preocupa
- Não sinto nada disso

4) Dou risada e me divirto quando vejo coisas engraçadas:

- Do mesmo jeito que antes
- Atualmente um pouco menos
- Atualmente bem menos
- Não consigo mais

5) Estou com a cabeça cheia de preocupações:

- A maior parte do tempo
- Boa parte do tempo
- De vez em quando
- Raramente

6) Eu me sinto alegre:

- Nunca
- Poucas vezes
- Muitas vezes
- A maior parte do tempo

7) Consigo ficar sentado à vontade e me sentir relaxado:

- Sim, quase sempre
- Muitas vezes
- Poucas vezes
- Nunca

8) Eu estou lento para pensar e fazer as coisas:

- Quase sempre
- Muitas vezes
- De vez em quando
- Nunca

9) Eu tenho uma sensação ruim de medo, como um frio na barriga ou um aperto no estômago:

- Nunca
- De vez em quando
- Muitas vezes
- Quase sempre

10) Eu perdi o interesse em cuidar da minha aparência:

- Completamente
- Não estou mais me cuidando como deveria
- Talvez não tanto quanto antes
- Me cuido do mesmo jeito que antes

11) Eu me sinto inquieto, como se eu não pudesse ficar parado em lugar nenhum:

- Sim, demais
- Bastante
- Um pouco
- Não me sinto assim

12) Fico esperando animado as coisas boas que estão por vir:

- Do mesmo jeito que antes
- Um pouco menos do que antes
- Bem menos do que antes
- Quase nunca

13) De repente, tenho a sensação de entrar em pânico:

- A quase todo momento
- Várias vezes
- De vez em quando
- Não sinto isso

14) Consigo sentir prazer quando assisto a um bom programa de televisão, de rádio ou quando leio alguma coisa:

- Quase sempre
- Várias vezes
- Poucas vezes
- Quase nunca

**Anexo G - Escala de *Coping* Religioso Espiritual Abreviada (CRE-Breve)
PANZINI & BANDEIRA, 2005**

Estamos interessados em saber se o quanto você utiliza a religião e a espiritualidade para lidar com o estresse em sua vida. O estresse acontece quando você percebe que determinada situação é difícil ou problemática, porque vai além do que você julga poder suportar, ameaçando seu bem-estar. A situação pode envolver você, sua família, seu trabalho, seus amigos ou algo que é importante para você. Neste momento, pense na situação de maior estresse que você já viveu nos últimos três anos.

Por favor, descreva-a em poucas palavras:

As frases abaixo descrevem atitudes que podem ser tomadas em situações de estresse. Circule o número que melhor representa o quanto VOCÊ fez ou não o que está escrito em cada frase para lidar com a situação estressante que você descreveu acima. Ao ler as frases, entenda o significado da palavra Deus segundo seu próprio sistema de crença (aquilo que você acredita).

Exemplo:

Tentei dar sentido à situação através de Deus.

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

Se você não tentou, nem um pouco, dar sentido à situação através de Deus, faça um círculo no número (1)

Se você tentou um pouco, circule o (2)

Se você tentou mais ou menos, circule o (3)

Se você tentou bastante, circule o (4)

Se você tentou muitíssimo, circule o (5)

Lembre-se: Não há opção certa ou errada. Marque só uma alternativa em cada questão. Seja sincero (a) nas suas respostas e não deixe nenhuma questão em branco!

1. Orei pelo bem-estar de outros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

2. Procurei o amor e a proteção de Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

3. Não fiz muito, apenas esperei que Deus resolvesse meus problemas por mim

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

4. Procurei trabalhar pelo bem-estar social

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

5. Procurei ou realizei tratamentos espirituais

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

6. Procurei em Deus força, apoio e orientação

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

7. Senti insatisfação com os representantes religiosos de minha instituição

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

8. Pedi a Deus que me ajudasse a encontrar um novo propósito na vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

9. Imaginei se Deus permitiu que isso me acontecesse por causa dos meus erros

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

10. Realizei atos ou ritos espirituais (qualquer ação especificamente relacionada com a crença: sinal da cruz, confissão, jejum, rituais de purificação, citação de provérbios, entoação de mantras, psicografia etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

11. Tive dificuldades para receber conforto de minhas crenças religiosas

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

12. Fiz melhor que pude e entreguei a situação a Deus

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

13. Convenci-me que forças do mal atuaram para tudo isso acontecer

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

14. Pratiquei atos de caridade moral e/ou material

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

15. Procurei me aconselhar com meu guia espiritual superior (anjo da guarda, mentor etc.)

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

16. Voltei-me a Deus para encontrar uma nova direção de vida

(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

17. Tentei lidar com meus sentimentos sem pedir a ajuda de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
18. Tentei proporcionar conforto espiritual a outras pessoas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
19. Fiquei imaginando se Deus tinha me abandonado
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
20. Pedi para Deus me ajudar a ser melhor e errar menos
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
21. Pensei que o acontecido poderia me aproximar mais de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
22. Não tentei lidar com a situação, apenas esperei que Deus levasse minhas preocupações embora
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
23. Senti que o mal estava tentando me afastar de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
24. Entreguei a situação para Deus depois de fazer tudo que podia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
25. Orei para descobrir o objetivo de minha vida
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
26. Fui a um templo religioso
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
27. Busquei proteção e orientação de entidades espirituais (santos, espíritos, orixás etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
28. Imaginei se minha instituição religiosa tinha me abandonado
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
29. Procurei por um total redespertar espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
30. Confiei que Deus estava comigo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
31. Comprei ou assinei revistas periódicas que falavam sobre Deus e questões espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
32. Pensei que Deus não existia
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
33. Questionei se até Deus tem limites
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
34. Busquei ajuda ou conforto na literatura religiosa
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
35. Pedi perdão pelos meus erros
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
36. Participei de sessões de cura espiritual
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
37. Questionei se Deus realmente se importava
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
38. Tentei fazer o melhor que podia e deixei Deus fazer o resto
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
39. Envolvi-me voluntariamente em atividades pelo bem do próximo
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
40. Ouvi e/ou cantei músicas religiosas
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
41. Sabia que não poderia da conta da situação, então apenas esperei que Deus assumisse o controle
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
42. Recebi ajuda através de imposição das mãos (passes, rezas, bênçãos, magnetismo, Reik etc.)
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
43. Tentei lidar com a situação do meu jeito, sem ajuda de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
44. Senti que meu grupo religioso parecia estar me rejeitando ou me ignorando
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
45. Participei de práticas, atividades ou festividades religiosas ou espirituais
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
46. Procurei auxílio nos livros sagrados
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

47. Tentei mudar meu caminho de vida e seguir um novo – o caminho de Deus
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
48. Culpei Deus pela situação, por ter deixado acontecer
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo
49. Refleti se não estava indo contra as leis de Deus e tentei modificar minha atitude
(1) nem um pouco (2) um pouco (3) mais ou menos (4) bastante (5) muitíssimo

OBRIGADA!

Anexo H – Parecer do Comitê de Ética



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE EM HIV/AIDS: ASSOCIAÇÃO COM PERCEPÇÃO DE DOENÇA, ESTRATÉGIAS DE COPING E ADESÃO À MEDICAÇÃO.

Pesquisador: TAIANA GOMES LIMA

Área Temática:

Versão: 1

CAAE: 30465119.1.0000.5259

Instituição Proponente: UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 3.963.110

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

O projeto pode ser realizado da forma como está apresentado. Diante do exposto e à luz da Resolução CNS nº466/2012, o projeto pode ser enquadrado na categoria – APROVADO.

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

RIO DE JANEIRO, 09 de Abril de 2020

Assinado por:
WILLE OIGMAN
(Coordenador(a))

Endereço: Avenida 28 de Setembro 77 - Térreo

Bairro: Vila Isabel

CEP: 20.551-030

UF: RJ

Município: RIO DE JANEIRO

Telefone: (21)2868-8253

E-mail: cep.hupe.interno@gmail.com

Anexo I – Ata de Aprovação da Dissertação



MINISTÉRIO DA EDUCAÇÃO
UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA



TERMO Nº 309 / 2021 - PPGPSI (12.28.01.00.00.00.21)

Nº do Protocolo: 23083.020122/2021-88
Seropédica-RJ, 23 de março de 2021.

UNIVERSIDADE FEDERAL RURAL DO RIO DE JANEIRO

INSTITUTO DE EDUCAÇÃO

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA

TAIANA GOMES LIMA

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Psicologia, no Programa de Pós-Graduação em Psicologia, área de Concentração em Psicologia.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM 04/02/2021

Conforme deliberação número 001/2020 da PROPPG, de 30/06/2020, tendo em vista a implementação de trabalho remoto e durante a vigência do período de suspensão das atividades acadêmicas presenciais, em virtude das medidas adotadas para reduzir a propagação da pandemia de Covid-19, nas versões finais das teses e dissertações as assinaturas originais dos membros da banca examinadora poderão ser substituídas por documento(s) com assinaturas eletrônicas. Estas devem ser feitas na própria folha de assinaturas, através do SIPAC, ou do Sistema Eletrônico de Informações (SEI) e neste caso a folha com a assinatura deve constar como anexo ao final da tese / dissertação.

Profa. Dra Lilian Maria Borges Gonzalez - UFRRJ

(Orientadora, Presidente da Banca)

Profa. Dra. Emmy Uehara Pires - UFRRJ

Profa. Dra. Eliane Maria Fleury Seidl - UnB

(Assinado digitalmente em 23/03/2021 17:26)	(Assinado digitalmente em 23/03/2021 17:11)
EMMY UEHARA PIRES	LILIAN MARIA BORGES GONZALEZ
PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR	PROFESSOR DO MAGISTERIO SUPERIOR
DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)	DeptPO (12.28.01.00.00.00.23)
Matrícula: 2128713	Matrícula: 2077610

(Assinado digitalmente em 27/03/2021 19:00)
ELIANE MARIA FLEURY SEIDL
ASSINANTE EXTERNO
CPF: 102.230.371-68

Para verificar a autenticidade deste documento entre em

<https://sipac.ufrrj.br/public/documentos/index.jsp> informando seu número: **309**, ano:

2021, tipo: **TERMO**, data de emissão: **23/03/2021** e o código de verificação: **f20befdaac**