

Psicologia em Pesquisa

<https://periodicos.ufjf.br/index.php/psicologiaempesquisa>

Adesão a Tratamento, Risco Psicológico e *Distress* em Pessoas Vivendo com HIV¹

Adherence to Treatment, Psychological Risk, and Distress in People Living with HIV

Adherencia al Tratamiento, Riesgo Psicológico y Malestar en Personas que Viven con VIH

Aline Rosa da Costa² & Eliane Maria Fleury Seidl³

¹ Este trabalho é baseado na dissertação de mestrado da primeira autora, Aline Rosa da Costa, do Programa de Pós-Graduação em Psicologia Clínica e Cultura, do Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília, sob orientação da segunda autora, Dra. Eliane Maria Fleury Seidl.

² Universidade de Brasília. *E-mail:* rosadacostaaline@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-2901-0777>

³ Universidade de Brasília. *E-mail:* eliane.seidl@gmail.com *ORCID:* <https://orcid.org/0000-0002-1942-5100>

Informações do Artigo:

Aline Rosa da Costa

rosadacostaaline@gmail.com

Recebido em: 07/03/24

Aceito em: 22/01/25

RESUMO

Este artigo investigou preditores da adesão ao tratamento entre variáveis sociodemográficas, médico-clínicas, risco psicológico de não ajustamento à soropositividade e *distress* em pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Participaram 130 PVHIV, 63,8% homens, média de idade de 37,6 anos. Na análise de regressão múltipla, os resultados revelaram que a variável critério adesão teve três preditores significativos: (a) ausência de histórico de interrupção do tratamento por conta própria; (b) ter mais idade e (c) escores indicativos de ausência/baixo índice de risco psicológico de não ajustamento. O estudo destaca a necessidade de atendimento integral e de qualidade, visando melhores níveis de adesão em HIV/aids.

PALAVRAS-CHAVE:

HIV; Adesão ao tratamento; Sofrimento emocional; Ajustamento.

ABSTRACT

This article investigated predictors of treatment adherence among sociodemographic and medical-clinical variables, psychological risk of non-adjustment to seropositivity, and distress in people living with HIV (PLHIV). A total of 130 PLHIV participated, 63.8% men, mean age 37.6 years. In the multiple regression analysis, the results revealed that the adherence criterion variable had three significant predictors: (a) absence of a history of interrupting treatment on one's own; (b) being older and (c) scores indicating absence/low index of psychological risk of non-adjustment. The study highlights the need for comprehensive and quality care, aiming at better levels of HIV/AIDS adherence.

KEYWORDS:

HIV; Treatment adherence; Emotional suffering; Adjustment.

RESUMEN

Este artículo investigó predictores de la adhesión al tratamiento entre variables sociodemográficas, médico-clínicas, riesgo psicológico de no ajuste a la seropositividad y *distrés* en personas con VIH (PVVIH). Participaron 130 PVVIH, 63,80% hombres, media de edad 37,6 años. El análisis de regresión múltiple reveló que la variable adhesión tuvo tres predictores significativos: (a) ausencia de antecedentes de interrupción del tratamiento por cuenta propia; (b) mayor edad y (c) puntuaciones que indican ausencia/bajo índice de riesgo psicológico de no ajuste. El estudio destaca la necesidad de una atención integral y de calidad, orientada a mejores niveles de adherencia al VIH/SIDA.

PALABRAS-CLAVE:

VIH; Adhesión al tratamiento; Sufrimiento emocional; Ajuste.

No Brasil, desde 1996 o acesso à terapia antirretroviral de forma universal e gratuita foi garantido a todas as pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Consequentemente, a soropositividade assumiu características de doença crônica, com melhora do prognóstico e ganhos na qualidade de vida dos usuários (Ministério da Saúde, 2020). Apesar dos benefícios decorrentes do acesso ao tratamento antirretroviral (TARV), não há garantia de sua eficácia plena, uma vez que esta condição depende da adesão ao tratamento. Por isso, o fator adesão tornou-se prioritário nas políticas públicas de saúde em HIV/aids, visto que a adesão

insuficiente pode favorecer a falha terapêutica, o aparecimento de cepas virais resistentes aos medicamentos atualmente utilizados, presença de sintomas ou infecções oportunistas, além de prejuízos psicossociais e perdas econômicas significativas (Castro & Remor, 2018).

É importante destacar que para que haja eficácia do tratamento é necessário que o uso do esquema terapêutico seja igual ou superior a 80,1% das doses prescritas, o que propicia a supressão viral e sua manutenção (Ministério da Saúde, 2018). Ademais, há evidências científicas de que PVHIV, com uso apropriado da TARV e supressão contínua da carga viral, apresenta risco zero de transmissão do vírus HIV por via sexual (Ministério da Saúde, 2019). Essa constatação embasa o protocolo “Tratamento como Prevenção” (TasP), em vigor desde 2013, que indica o início da TARV logo que o diagnóstico seja confirmado, independente da contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral plasmática (Ministério da Saúde, 2018). Além do mais, o TasP é considerado uma das medidas mais relevantes para o controle da transmissão do HIV em uma comunidade (Hull et al., 2014).

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

Tais dados vão ao encontro dos achados de Carvalho et al. (2019), que utilizaram da estratégia PICO para identificar na literatura fatores associados à adesão à TARV, localizando 125 artigos nacionais e internacionais. De forma didática, os resultados foram agrupados em cinco grandes categorias: (a) variáveis individuais, (b) características do tratamento, (c)

características da infecção pelo HIV/aids, (d) relação com o serviço de saúde e (e) apoio social, categorias que têm sido evidenciadas em estudos sobre adesão ao tratamento.

Assim, embora a adesão à TARV seja essencial para o controle clínico e a prevenção da transmissão, ela é afetada pelas mudanças que o diagnóstico e o tratamento impõem à vida das pessoas. O convívio com uma condição crônica demanda ajustamento contínuo às dimensões físicas, emocionais e sociais, podendo gerar ansiedade, depressão e queda na qualidade de vida (Nogueira et al., 2019; Souza et al., 2023). Compreender esse processo é fundamental - e será abordado na próxima seção.

Ajustamento

O ajustamento se refere ao processo dinâmico entre as necessidades impostas pelo adoecimento e o indivíduo, que resultará no modo de lidar com as mudanças provocadas pela enfermidade ao longo da vida. Assim, pessoas acometidas por uma doença crônica, não mais retornarão ao seu estado de saúde anterior e poderão, ou não, apresentar mudanças nos domínios físico, emocional, laboral, financeiro, conjugal, familiar, social e espiritual (Souza et al., 2023). Conseqüentemente, as pessoas estarão sujeitas a vivenciar efeitos negativos devido a tais mudanças, como resposta ao processo de ajustamento, podendo apresentar reações psicológicas como ansiedade e depressão, piores escores em qualidade de vida e em funcionamento físico, ainda que temporariamente (Nogueira et al., 2019).

É de grande importância identificar variáveis preditoras da adaptação ao adoecimento crônico para avaliar o processo de ajustamento e de adesão ao tratamento, com o intuito de sinalizar a necessidade de encaminhamento da PVHIV para atendimento psicológico. Neste estudo, foram adotadas as variáveis que compõem o instrumento Indicador de Risco Psicológico em Oncologia (IRPO) (Souza et al., 2023), que foi renomeado para Indicador de Risco Psicológico (IRP), pois os participantes da presente pesquisa foram PVHIV. Há

evidências de que a prevalência de *distress*, principalmente na população jovem, esteve associada à adesão insatisfatória à TARV que, conseqüentemente, pode redundar em baixa supressão da carga viral, resistência aos medicamentos e aumento da morbimortalidade por aids (Almeida, 2018).

Ansiedade e Depressão em HIV/aids

Em estudo com 84 participantes, que teve como objetivo estimar a prevalência de sintomas de ansiedade e depressão de PVHIV, Rodovalho et al. (2018) identificaram a ocorrência de depressão em 53% da amostra. Após análise bivariada, este dado foi também associado a outras alterações de saúde mental, como ansiedade, distúrbios do sono e ideação suicida. Os autores destacaram que tais condições psicopatológicas são frequentes em pessoas vivendo com HIV e podem contribuir para uma adesão insuficiente à TARV.

Na China, foi realizado um estudo que descreveu a trajetória longitudinal de PVHIV com diagnóstico recente em relação à utilização de serviços de saúde mental e presença de sintomas de depressão e ansiedade. A amostra, composta por 410 participantes, foi acompanhada durante um ano após o diagnóstico positivo de infecção pelo HIV. Dentre tais participantes, cerca de 39,30% apresentaram sintomas significativos de ansiedade e depressão após passarem por avaliação logo após o diagnóstico (Niu et al., 2019). Em suma, ambos os estudos indicaram a necessidade de integrar a avaliação de sinais e sintomas de ansiedade e depressão à triagem inicial de PVHIV para que haja o desenvolvimento de intervenções psicológicas oportunas, objetivando a promoção da saúde e a prevenção de transtornos mentais (Niu et al., 2019; Rodovalho et al., 2018).

Ao refletir sobre as vulnerabilidades de PVHIV e as modalidades de avaliação do processo de ajustamento no contexto do adoecimento, tem sido possível a identificação de pacientes que apresentam algum nível de sofrimento emocional e prejuízo em suas relações

sociais. Tais esforços poderão favorecer a oferta de intervenções psicossociais compatíveis com as demandas e necessidades dos pacientes. Ademais, é de suma importância a avaliação da adesão ao tratamento à TARV, tendo em vista a necessidade de identificar precocemente as especificidades de usuários em risco ou que já apresentem dificuldades de adesão.

O presente estudo teve por objetivo investigar preditores da adesão ao tratamento entre variáveis sociodemográficas, médico-clínicas, risco psicológico de não ajustamento à soropositividade e *distress* em pessoas vivendo com HIV (PVHIV). Com base na revisão de literatura e na experiência clínica de atendimento da pesquisadora a essa clientela, as seguintes hipóteses foram formuladas: (a) PVHIV com níveis de adesão estrita não apresentarão níveis relevantes de *distress* e de risco psicológico de não ajustamento; (b) a variável interrupção do tratamento por conta própria será preditora da adesão ao tratamento – ausência de interrupção estará associada a níveis mais altos de adesão.

Método

Estudo com delineamento transversal e observacional com abordagem quantitativa, com análises estatísticas descritivas e inferenciais.

Participantes

A amostra, selecionada por conveniência, foi composta por 130 participantes, de ambos os sexos, acompanhados pelo Serviço de Assistência Especializada em HIV/aids do município de Goiânia (GO), a nível ambulatorial ou de internação do Hospital Estadual de Doenças Tropicais Dr. Anuar Auad (HDT). Trata-se de uma instituição da Secretaria de Saúde do Estado de Goiás, referência em atendimento eletivo e de emergência de média e alta complexidade em Infectologia e Dermatologia Sanitária.

Os critérios de inclusão foram: (a) PVHIV com idade mínima de 18 anos, sem distinção de sexo, raça, situação conjugal e condição socioeconômica; (b) estar em uso de TARV ao

menos por três meses; e (c) consentir em participar do estudo mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE).

Os participantes estavam sendo atendidos a nível ambulatorial (86,90%) ou em condição de internação (13,10%). Destes, 83 eram do sexo masculino (63,80%) e 47 do feminino (36,20%), sendo que 74 eram homens cisgênero (56,92%) e 47 eram mulheres cisgênero (36,15%). Quanto à orientação sexual, 62 participantes informaram ser heterossexuais (47,70%) e 60 homossexuais (46,15%).

A média de idade foi igual a 37,62 anos ($DP = 12,09$), com idade mínima de 18 e máxima de 66 anos. Em relação ao local de residência, os participantes estavam distribuídos diversificadamente: 78 em diferentes cidades do estado de Goiás (60%) e 52 na cidade de Goiânia-GO (40%). Quanto à cor autorreferida, a amostra foi composta majoritariamente por pessoas pardas ($n = 81$; 62,31%) e brancas ($n = 32$; 24,61%). No que tange à situação conjugal, 79 (60,80%) declararam não possuir companheiro(a) e 51 (39,20%) informaram possuir companheiro(a).

Acerca da escolaridade, uma parcela maior de participantes declarou ter ensino médio completo ($n = 55$; 42,31%), seguido de ensino médio incompleto ($n = 21$; 16,15%) e de superior completo ($n = 20$; 15,40%). A maioria ($n = 93$; 71,54%) declarou que a renda familiar girava em torno de um a três salários-mínimos. Por fim, 74 pessoas (56,92%) informaram possuir religião e crença em uma doutrina, enquanto 50 pessoas (38,50%) informaram possuir crença religiosa, porém não relativa a uma doutrina específica.

Quanto aos dados médico-clínicos, observou-se maior número de pessoas que possuíam de quatro a nove anos de diagnóstico ($n = 47$; 36,15%), seguidas daquelas cujo diagnóstico tinha mais de 10 anos ($n = 43$; 33,10%). O tempo de diagnóstico da amostra variou de menos de um ano (diagnósticos feitos em 2021) a 34 anos, com média igual a 8,40 anos ($DP = 7,74$).

Sobre o tempo de tratamento com a TARV, a maior frequência esteve na faixa de quatro a nove anos de uso das medicações (36,20%), com média igual a 8,09 ($DP = 7,61$, mínimo = < 1 ano; máximo = 32 anos). Para as respostas autodeclaradas sobre se houve ou não interrupção do tratamento por conta própria, 87 (66,90%) participantes informaram não ter interrompido, enquanto 43 (33,10%) informaram ter interrompido o tratamento pelo menos uma vez na história da TARV.

No que se refere ao marcador biológico linfócitos T CD4, obtidos mediante a análise dos resultados dos exames laboratoriais informados nos prontuários de cada participante, observou-se uma média de 557,16 ($DP = 342,60$, mínimo = 2 células/mm³; máximo = 1.596 células/mm³), com a maior frequência apresentada na faixa de contagem superior ou igual a 501 células/mm³ (50,80%). A faixa com contagem inferior ou igual a 200 células/mm³, indicativa de maior vulnerabilidade imunológica, apresentou a menor porcentagem (12,90%). Para o marcador biológico carga viral (CV), a média apresentada foi de 73.846,80 cópias do vírus ($DP = 713.548,97$; mínimo = 40; máximo = 8.113.558). A faixa de maior porcentagem referiu-se à carga viral inferior ou igual a 40 cópias (indetectável) para 82,31% ($n = 107$) da amostra, enquanto a menor porcentagem relacionou-se à faixa de 41 a 5.000 cópias virais ($n = 6$; 4,61%).

Instrumentos

Questionário sociodemográfico: elaborado para o estudo, levantou as variáveis sexo, gênero, orientação sexual, idade, município de residência, cor/raça autodeclarada, escolaridade, situação conjugal, renda familiar e religião/espiritualidade, com questões fechadas.

Questionário médico-clínico: elaborado para o estudo, obteve informações sobre tempo de diagnóstico, tempo de TARV e histórico de interrupção do uso da TARV por conta própria

(pelo menos uma vez ou mais), resultados de exames de células T CD4 e carga viral (sendo estes últimos dados obtidos dos prontuários dos pacientes).

Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH): versão impressa, autoaplicável, com 17 questões, traduzido e adaptado para o português do Brasil. Propõe-se a avaliar o grau de adesão à TARV em pacientes adultos com infecção pelo HIV. É uma ferramenta rápida de ser aplicada e de fácil compreensão, além de apresentar uma adequada confiabilidade ($\alpha = 0,64$) (Remor et al., 2007). Possui caráter multifatorial, propondo-se a dimensionar a observância do tratamento, antecedentes pessoais de não adesão, satisfação com o tratamento, comunicação com o médico, crenças e expectativas sobre o tratamento. O instrumento apresenta uma pontuação total unifatorial obtida pela soma das respostas aos 17 itens, sendo o valor mínimo igual a 17 e o máximo 89 pontos, com respostas dadas em escala *Likert* de cinco pontos. Quanto maior a pontuação, maior o nível de adesão à TARV (Remor, 2013a; Remor, 2013b; Silva et al., 2019). O seu uso, para esta pesquisa, foi previamente autorizado pelo autor. Assim, foi adotada a versão unifatorial da escala, que apresentou uma consistência interna satisfatória na presente amostra ($\alpha = 0,79$).

Escala Hospitalar de Ansiedade e Depressão (HAD): instrumento adaptado e validado para o Brasil com 14 itens e respostas em escala *Likert* de cinco pontos. É composta por duas subescalas, uma para ansiedade e outra para depressão, com sete itens cada uma. Quando destinada a avaliar o *distress*, são considerados os 14 itens, com pontuação que varia de 0 a 42: valor maior ou igual a quinze é indicador de *distress* (Botega et al., 1995; Lockett et al., 2010). O alfa de Cronbach na amostra do presente estudo, na versão unifatorial, foi igual a 0,87.

Indicador de Risco Psicológico (IRP): instrumento de triagem psicológica, com evidências de validade para pacientes brasileiros acima de 18 anos, diagnosticados com câncer e que podem apresentar risco de má adaptação psicológica ao processo de adoecimento. Possui

27 itens que se propõem a avaliar o nível de prejuízo dos fatores: (a) percepção de doença, (b) suporte social emocional, (c) suporte social instrumental, (d) enfrentamento ativo e (e) *distress*. Utiliza escala *Likert* de cinco pontos, apresenta ponto de corte ou Índice Geral de Risco (IGR) igual a 55 para pacientes oncológicos, podendo variar de 27 a 135. Ademais, o IRP apresentou um bom índice de confiabilidade ($\alpha = 0,90$) (Souza et al., 2023). Para o estudo, esse instrumento foi escolhido por fazer uso de construtos que também podem ser observados em pesquisas com PVHIV sobre ajustamento e risco de não adaptação (Bonolo et al., 2007; Ministério da Saúde, 2008; Nogueira & Seidl, 2016). O alfa de Cronbach na presente amostra foi de 0,90, igual ao do estudo de evidências de validade (Souza et al., 2023). Foi adotada a versão unifatorial da escala.

Procedimento de Coleta de Dados

Após as aprovações do projeto pelo Comitê de Ética em Pesquisa em Ciências Humanas e Sociais da Universidade de Brasília – CEP/CHS-UnB (Parecer 4.404.870) e pelo Comitê de Ética em Pesquisa do HDT– CEP/HDT (Parecer 4.490.587), foi realizado o estudo piloto com seis participantes que estavam aguardando por exames, consultas ou internados, considerando os critérios de inclusão e exclusão. Após o estudo piloto, foi iniciada a coleta definitiva com os ajustes necessários efetuados apenas no questionário sociodemográfico.

Os participantes foram convidados a participar do estudo quando estavam no serviço de saúde por motivos diversos: realização de consultas médicas ou psicossociais, realização de exames, retirada de medicamentos na farmácia, entre outros. A aplicação presencial dos instrumentos, em versão impressa, teve duração média de 40 minutos e foram apresentados na seguinte ordem: questionário sociodemográfico, questionário médico-clínico, HAD, IRP e CEAT-VIH. Foram autoaplicados ou contaram com o auxílio da pesquisadora ou de estudantes de graduação auxiliares de pesquisa devidamente treinados. Houve consulta aos prontuários do

participante para a coleta de marcadores biológicos, como exames recentes de contagem de células T CD4/CD8 e carga viral.

Análise de Dados

Com suporte do pacote estatístico SPSS (*Statistical Package for Social Sciences*) versão 20, foram realizadas as análises descritivas (média, desvio-padrão, mediana, assimetria, curtose, valores máximo e mínimo) das variáveis contínuas sociodemográficas e clínicas, adesão, *distress* e do IRP. As variáveis categóricas foram analisadas quanto à frequência e proporção. A consistência interna das escalas CEAT-VIH, HAD e IRP foi analisada pelo Alfa de Cronbach.

A análise exploratória de dados teve por objetivo verificar a adequação das variáveis contínuas principais da pesquisa em relação aos pressupostos para análises multivariadas. A normalidade da distribuição das variáveis critério (adesão) e das preditoras contínuas foi explorada com base nos histogramas, dados de dispersão, de assimetrias e curtose, bem como pelos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk. Análises bivariadas não paramétricas foram realizadas para identificar níveis de associação ou de correlação, mediante o uso de técnicas estatísticas adequadas ao tipo de variável (contínuas ou categóricas). O nível de significância de 5% foi adotado no estudo.

Realizou-se uma análise de regressão linear múltipla, método *forward*, para identificação dos preditores da adesão ao tratamento antirretroviral. Matrizes de correlação entre as variáveis antecedentes mostraram a ausência de singularidade e de multicolinearidade. Para a identificação dos casos discrepantes multivariados, foram feitos cálculos de valores da distância Mahalanobis e de Cook's. Como variáveis antecedentes, optou-se por introduzir no modelo de regressão aquelas que tiveram associação significativa ($p \leq 0,05$) com adesão ao tratamento, com base nos resultados das análises bivariadas. Conforme Tabachnick e Fidell

(2018), a fórmula geral para definição do tamanho da amostra é $N \geq 50 + 4m$, em que m representa o número de variáveis antecedentes (neste caso, 4), resultando em $N \geq 66$. Assim, com 130 participantes, a amostra foi numericamente adequada para a realização das análises propostas.

Resultados

Adesão, *Distress* e Risco Psicológico: Análises Descritivas

O escore médio da variável adesão ao tratamento foi igual a 75,05 ($DP = 7,77$; $Mdn = 77$; mínimo= 41; máximo= 85). Tomando por base estudos anteriores com o CEAT-VIH que usaram o percentil como parâmetro para definição do ponto de corte, optou-se por considerar o percentil 75 (equivalente ao escore bruto igual a 80), tendo em vista que 80 foi o valor da moda da amostra com um total de 15 casos. Essa variável foi explorada também mediante sua dicotomização, de modo que os escores foram categorizados em dois níveis, conforme Seidl e Remor (2020): escores brutos iguais ou superiores a 80, obtidos por 41 participantes (31,50%), classificados como adesão estrita; escores iguais ou menores que 79, obtidos por 89 pessoas (68,50%), com adesão insuficiente (não estrita).

Referente à variável *distress*, as análises descritivas apresentaram escores médios iguais a 14,48 ($DP = 8,48$; $Mdn = 14$; mínimo = 0; máximo = 35). Estes dados revelaram que o escore médio esteve no limiar para o indicador de *distress*, uma vez que se utilizou o valor maior ou igual a 15 como ponto de corte para *distress*, tal como recomendado no artigo que propôs os valores da versão unifatorial da HAD como medida do *distress*, aspecto explicitado na seção Instrumentos (Lockett et al., 2010).

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

instrumento, o ponto de corte estabelecido foi de 55 para pacientes oncológicos (Souza et al., 2023). Assim, os escores revelaram um índice de risco relativamente alto de má adaptação psicológica ao processo de adoecimento para parte da amostra. Destaca-se, contudo, que houve grande variabilidade dos escores indicados pelos valores máximo e mínimo e pelo desvio-padrão elevado.

Análises Bivariadas Preliminares

Primeiramente, os pressupostos de normalidade da distribuição foram examinados nas três variáveis contínuas principais do estudo, sendo que em todas houve violação da normalidade. A análise incluiu também dados de dispersão, assimetrias e curtoses. Os resultados dos testes Kolmogorov-Smirnov e Shapiro-Wilk foram: adesão ao tratamento ($K-S = 0,16, p = 0,000$; $S-W = 0,85, p = 0,000$), risco psicológico ($K-S = 0,08, p = 0,03$; $S-W = 0,98, p = 0,02$) e *distress* ($K-S = 0,11, p = 0,001$; $S-W = 0,96, p = 0,000$).

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

Diferentemente, identificou-se que as variáveis idade ($U = 1550,50$; $df = 1$; $p < 0,05$), interrupção do tratamento por conta própria ($U = 933,500$; $df = 1$; $p < 0,001$) e carga viral ($U = 507,500$; $df = 1$; $p < 0,001$) apresentaram medianas diferentes em relação à adesão ao tratamento, alcançando significância estatística. Assim, pessoas com mais de 38 anos tiveram

valores maiores da mediana do CEAT, em relação aos mais jovens ($z = -2,55$; $r = 0,22$). Aqueles que não interromperam o tratamento também tiveram mediana mais alta se comparada a dos que interromperam ($z = -4,65$; $r = -0,41$). Quanto à carga viral, pessoas com CV indetectável tiveram medianas mais altas no CEAT, ao contrário das que estavam detectáveis ($z = -4,42$; $r = -0,39$). Os valores do tamanho do efeito variaram de médio a baixo, nessas três variáveis.

Considerando que a carga viral é uma medida objetiva e padrão-ouro para avaliar a eficácia da TARV, uma análise de associação entre adesão autorrelatada e carga viral foi realizada com base no teste qui-quadrado. Entre os 41 participantes que foram classificados como adesão estrita, 39 (95,10%) tinham CV indetectável (≤ 40 cópias virais/ml), e dois (4,90%) tinham carga viral detectável (≥ 41 cópias virais/ml). Quanto aos 89 que obtiveram escores compatíveis com adesão insuficiente (não estrita), 68 (76,40%) tinham CV indetectável e 21 (23,60%) tinham CV detectável. No teste qui-quadrado essa distribuição (adesão estrita e não estrita com CV detectável e indetectável) foi significativa ($\chi^2 = 6,75$; $g.l. = 1$; $p = 0,009$), o que revela a capacidade do CEAT em discriminar os dois grupos, ao ter as medianas dos escores comparadas aos níveis de carga viral. No entanto, segundo o CEAT, 68 pessoas com adesão não estrita estavam indetectáveis quanto à CV, aspecto que pode ser atribuído aos fatores do instrumento que avaliam outras dimensões da conduta de adesão, além da observância do tratamento.

Por fim, com base na correlação de Spearman para descrever a relação entre as três variáveis contínuas principais do estudo, os resultados revelaram uma correlação moderada negativa entre as variáveis adesão e *distress* ($\rho = -0,46$; $p < 0,001$; variância compartilhada = 21,20%) e risco psicológico e adesão ($\rho = -0,45$; $p < 0,001$; variância compartilhada = 20,30%). Observou-se ainda uma correlação forte positiva entre as variáveis risco psicológico e *distress* ($\rho = 0,72$; $p < 0,001$; variância compartilhada = 51,80%), indicando que níveis mais altos de

distress estiveram associados de forma estatisticamente significativa a escores mais altos de risco psicológico de não ajustamento e vice-versa. A variância compartilhada variou de baixa a moderada.

Preditores da Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV

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

Investigou-se primeiramente a existência de casos discrepantes univariados nas três variáveis contínuas do estudo. Foram identificados dois casos extremos da variável adesão, ambos nos limites inferiores. Optou-se por não realizar qualquer procedimento de reajuste nos escores desses casos, tendo em vista o seu número reduzido e considerando respeitar o dado empírico. Não foram identificados casos discrepantes univariados em *distress* e nos escores do IRP.

Outro indicador foi solicitado na análise de regressão, o qual informa sobre a presença de casos discrepantes univariados na amostra: a distância de resíduos padronizados (ZRE). No caso da distância de resíduos, espera-se que até 5% de casos tenham distância residual do desvio-padrão maior que 2. Observou-se a presença de cinco casos com valores acima de 2, o que representou 3,80% da amostra, indicando que não houve problemas relevantes nesses casos. Outro indicador importante acerca da discrepância de casos da amostra é a distância de Cook 's': casos com valores acima de 1 podem ser problemáticos; no entanto, não houve nenhum caso com valor acima de 1 na amostra do estudo. Com base no critério da distância

Mahalanobis, os *outliers* multivariados foram pesquisados e nenhum caso discrepante foi identificado.

Procedeu-se, então, a realização de uma regressão linear múltipla (método *forward*) com o objetivo de investigar em que medida as variáveis antecedentes (a) interrupção por conta própria da TARV (*dummy*: não interrompeu); (b) idade em anos; (c) risco psicológico de não ajustamento; e (d) *distress* impactavam os níveis de adesão à TARV (variável critério do estudo). Os resultados mostraram a existência de influência significativa das variáveis antecedentes nos níveis de adesão ($F(3, 126) = 25,77$ $p < 0,00$; R^2 ajustado = 0,37). A Tabela 1 apresenta os coeficientes para os preditores que alcançaram significância estatística.

Tabela 1

Variáveis Predictoras de Adesão ao Tratamento.

Preditores	Coefficientes padronizados Beta	<i>t</i>	<i>Sig.</i>	R^2	ΔR^2
Constante	-	21,532	0,000	-	-
Histórico de interrupção da TARV por conta própria	0,37	4,88	0,000	0,212	0,218
Idade em anos	0,27	3,67	0,000	0,309	0,102
Risco psicológico de não ajustamento	-0,28	-3,49	0,001	0,365	0,060

Nota. $N = 130$

A variável que mais fortemente impactou os níveis de adesão foi a interrupção da TARV por conta própria, explicando 21,20% do desfecho. As demais variáveis – idade e risco psicológico de não ajustamento –, por sua vez, explicaram 15,30% da variância da adesão. A variável *distress* não entrou no modelo final, pois não obteve beta significativo. Em suma, não ter interrompido a TARV por conta própria ao longo da história de tratamento, ter mais idade

e escores indicativos de ausência/baixo risco psicológico de não ajustamento parecem prever melhores níveis de adesão, segundo os resultados do estudo na amostra pesquisada.

Discussão

Considerando que o objetivo desta pesquisa foi investigar a influência de variáveis sociodemográficas, médico-clínicas, de risco psicológico e ocorrência de *distress* sobre a adesão ao tratamento de PVHIV, observou-se a compatibilidade do perfil da amostra com as tendências epidemiológicas divulgadas na esfera governamental brasileira. No que se refere ao sexo, os participantes tiveram uma maior porcentagem de homens, indo ao encontro da razão de sexo de PVHIV no Brasil: 26 homens para 10 mulheres (Ministério da Saúde, 2020), razão um pouco maior da observada neste estudo, que foi igual a 1,7.

Quanto à faixa etária, constatou-se maior percentual de PVHIV em pessoas com até 37 anos de idade. A variedade etária da amostra expressa a realidade epidemiológica no país, que revela casos de adultos jovens, com diagnósticos mais recentes, bem como de pessoas com mais idade. Pessoas mais velhas vivendo com HIV resultam da queda da morbimortalidade por aids no Brasil, ocasionando aumento da expectativa e da qualidade de vida (Rachid & Schechter, 2017).

Tais dados também vão ao encontro dos indicadores que mostram maior detecção de casos entre 25 a 29 anos de idade em 2019 (Ministério da Saúde, 2020), com repercussões na redução da média etária do grupo. Os dados sobre escolaridade revelaram que a maioria dos participantes tinha níveis altos: dois terços relataram ensino médio completo até superior completo. Vale mencionar que, enquanto a escolaridade foi alta, a renda familiar foi muito baixa: quase 90% dos participantes referiram renda de até três salários-mínimos, discrepâncias observadas em outro estudo com PVHIV (Seidl & Remor, 2020), atribuídas às condições precárias de renda no país.

Quanto à caracterização médico-clínica, os resultados encontrados eram esperados: tempo de diagnóstico e de TARV com grande amplitude e variação, mas com valores médios próximos (em torno de oito anos), fruto da implementação do protocolo TasP, que preconiza o início do tratamento antirretroviral tão logo o diagnóstico para o HIV esteja confirmado, independente da contagem de linfócitos T CD4+ e da carga viral plasmática (Ministério da Saúde, 2018). Merece destaque também a alta frequência de pessoas com carga viral indetectável e níveis de linfócitos T CD4 acima de 500 células/mm³, números observados em outros estudos (Ministério da Saúde, 2020; Seidl & Remor, 2020), que indicam a eficácia da TARV para a maioria dos participantes.

Por fim, a variável história de interrupção do tratamento por conta própria mostrou percentual relativamente elevado: um terço dos participantes com respostas positivas. Essa variável tem evidenciado relação estatisticamente significativa com dificuldades de adesão (Seidl et al., 2007). Em estudo com 459 PVHIV, Tufano et al. (2015) constataram que a interrupção do tratamento por conta própria relacionou-se significativamente com menores contagens de T CD4, além de haver o dobro de probabilidade de apresentar CV detectável. Os pesquisadores também relataram que a interrupção esteve relacionada a níveis crescentes de sintomas de depressão.

Nos resultados do IRP obteve-se o escore médio igual a 66,41, com grande amplitude dos valores individuais que variaram de 31 a 119 com desvio-padrão grande, revelando um índice de risco psicológico moderadamente elevado para os participantes, visto que quanto mais alto o seu escore, maior a probabilidade de risco psicológico de não ajustamento. Assim, os resultados mostraram a diversidade dos escores da amostra, com parte dela apresentando risco de não ajustamento, considerando a percepção da doença, o apoio social, o enfrentamento ativo e o *distress* atual, fatores que compõem o IRP. Merece destaque que não há estudos que

avaliaram essa variável em HIV/aids – parece inédita a aplicação do IRP nessa clientela –, o que impossibilita a comparação desses resultados com os de outras pesquisas.

Quanto à variável *distress*, medida pela HAD em seu escore global, aspectos semelhantes ao IRP foram observados: diversidade da distribuição, amplitude larga e escore médio não muito elevado. Ao lado de pessoas sem evidências de *distress*, parte da amostra obteve escores indicativos de vulnerabilidade nessa esfera. Quando o indicador de risco psicológico foi correlacionado com *distress*, observou-se que níveis mais altos de *distress* corresponderam a escores mais altos de risco psicológico de não ajustamento, permitindo inferir que ambos os instrumentos mediram o sofrimento psicológico de forma coerente e convergente, o que vai ao encontro da literatura (Almeida, 2018; Souza et al., 2023).

Na associação com adesão, risco psicológico e *distress* apresentaram correlação moderada e negativa, indicando que quanto maiores os níveis de adesão, menor os índices de risco psicológico para não ajustamento e de *distress* e vice-versa. Ademais, houve a confirmação das hipóteses do estudo: (a) PVHIV com níveis de adesão estrita não apresentarão níveis relevantes de *distress* e de risco psicológico de não ajustamento; (b) a variável antecedente (interrupção do tratamento por conta própria) será preditora da adesão ao tratamento – ausência de interrupção estará associada a níveis mais altos de adesão.

Porém, é indispensável considerar as evidências da manifestação do sofrimento psicológico, que pode propiciar transtornos mentais como resposta ao adoecimento, uma vez que se trata de um vírus de difícil controle e sem perspectiva de cura, além das manifestações de preconceito frequentemente vivenciados por PVHIV (Nogueira & Seidl, 2016). As equipes de saúde precisam estar atentas a esses aspectos.

A partir dos escores brutos do CEAT-VIH, a análise da adesão revelou que houve uma tendência para níveis de adesão satisfatória na amostra ($M = 75,05$), considerando que o

instrumento apresenta uma pontuação total igual a 89 pontos como valor máximo. Observando os dados categorizados — adesão estrita *versus* não estrita/insuficiente — 41 participantes (31%) ficaram no primeiro grupo. Essa frequência é modesta, tendo em vista o grande número de pessoas com carga viral indetectável. Resultados semelhantes foram obtidos por outros pesquisadores que usaram o CEAT-VIH (Oliveira et al., 2020; Seidl & Remor, 2020; Primeira et al., 2018). No caso de Primeira et al. (2018), a frequência de adesão estrita foi bem mais baixa (16,90%). Seidl e Remor (2020), que também identificaram percentual ainda menor ao do presente estudo em adesão estrita (22,64%), comentaram:

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

Na análise de regressão múltipla, os resultados revelaram que a variável critério adesão ao tratamento teve três preditores significativos: (a) não ter histórico de interrupção da TARV por conta própria ao longo do tratamento, (b) ter mais idade e (c) escores indicativos de ausência/baixo índice de risco psicológico de não ajustamento. No entanto, o percentual de variância explicada foi modesto, sugerindo a existência de outros aspectos que podem influenciar a adesão, não pesquisados no estudo. Destaca-se que, em estudos futuros, merece atenção a análise sobre estigma (Luz et al., 2020), pois este ainda é frequente em relação a PVHIV, fonte de sofrimento psíquico e de exclusão social, podendo ter efeitos negativos sobre a adesão em HIV/aids.

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

percepção de não ameaça da doença, com repercussões positivas nos níveis de adesão. Efeitos da idade sobre a adesão também foram observados por outros pesquisadores (Seidl & Remor, 2020; Silva et al., 2022). O histórico de interrupção do tratamento por conta própria parece ampliar as chances de adesão irregular ou mesmo de abandono do tratamento, confirmando a hipótese desta variável como preditora do comportamento de adesão. Tal dado revela maior vulnerabilidade de PVHIV com histórico de interrupção para a ocorrência de dificuldades de adesão. As equipes de saúde devem estar atentas de modo a prevenir essas rupturas, acompanhando e acolhendo essas pessoas (Singh et al., 2021).

Por fim, considerando que o IRP revelou dados sobre pacientes que podem apresentar risco de má adaptação psicológica ao adoecimento, somado à ocorrência de comorbidades psicopatológicas, e sua associação com adesão insuficiente ao tratamento, reforça-se a necessidade de uma atenção interdisciplinar e contínua por parte dos serviços de saúde, garantindo um atendimento integral e de qualidade a PVHIV, visando melhores níveis de adesão.

Considerações Finais

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

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

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

Referências

- Almeida, R. F. M. (2018). *Distress psicológico e gestão do regime terapêutico em utentes portadores de HIV/SIDA no Norte de Portugal*. [Dissertação de Mestrado, Escola Superior de Enfermagem do Porto]. Repositório institucional ESEP. <http://hdl.handle.net/10400.26/25741>
- Bonolo, P. F., Gomes, R. R. F. M., & Guimarães, M. D. C. (2007). Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): Fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviço de Saúde*, 16(4), 261–278. <http://dx.doi.org/10.5123/S1679-49742007000400005>
- Botega, N. J., Bio, M. R., Zomignani, M. A., Garcia, C., Jr., & Pereira W. A. B. (1995). Transtornos do humor em enfermaria de clínica médica e validação de escala de medida (HAD) de ansiedade e depressão. *Revista de Saúde Pública*, 29(4), 355–363. <http://www.scielo.br/pdf/rsp/v29n5/04.pdf>
- Ministério da Saúde. (2008). *Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e Aids* (Série Normas e Manuais Técnicos). Secretaria de Vigilância em Saúde; Programa Nacional de DST e AIDS. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2008/manual-de-adesao-ao-tratamento-para-pessoas-vivendo-com-hiv-e-aids-2008>
- Ministério da Saúde. (2018). *Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos>
- Ministério da Saúde. (2019). *Nota informativa nº 5/2019-DIAHV/SVS/MS: Prevenção e controle das infecções sexualmente transmissíveis, do HIV/Aids e das hepatites virais*.

- Secretaria de Vigilância em Saúde. https://www.gov.br/aids/pt-br/centrais-de-conteudo/notas-informativas/2019/nota_informativa_5_2019_diahv_svs_ms-informa_sobre_o_conceito_do_termo_indetectavel.pdf
- Ministério da Saúde. (2020). *Boletim epidemiológico HIV/Aids 2020*. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. <http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020>
- Carvalho, P. P., Barroso, S. M., Coelho, H. C., & Penaforte, F. R. O. (2019). Factors associated with antiretroviral therapy adherence in adults: A integrative review of literature. *Ciência e Saúde Coletiva*, 24(7), 2543–2555. <https://doi.org/10.1590/1413-81232018247.22312017>
- Castro, E. K., & Remor, E. (Orgs.). (2018). *Bases teóricas da psicologia da saúde*. Appris.
- Costa, J. M., Torres, T. S., Coelho, L. E., & Luz, P. M. (2018). Adherence to antiretroviral therapy for HIV/AIDS in Latin America and the Caribbean: Systematic review and meta-analysis. *Journal of the International AIDS Society*, 1, Artigo e25066. <http://dx.doi.org/10.1002/jia2.25066>
- Hull, M., Lange, J., & Montaner, J. S. (2014). Treatment as prevention – Where next? *Current HIV/AIDS Reports*, 11(4), 496–504. <https://doi.org/10.1007/s11904-014-0237-5>
- Luckett, T., Butow, P. N., King, M. T., Oguchi, M., Heading, G., Hackl, N. A., Rankin, N., & Price, M. A. (2010). A review and recommendations for optimal outcome measures of anxiety, depression and general distress in studies evaluating psychosocial interventions for english-speaking adults with heterogeneous cancer diagnoses. *Supportive Care in Cancer: Official Journal of the Multinational Association of Supportive Care in Cancer*, 18(10), 1241–1262. <https://doi.org/10.1007/s00520-010-0932-8>

-
- Luz, P. M., Torres, T. S., Almeida-Brasil, C. C., Marins, L. M. S., Bezerra, D. R. B., Veloso, V. G., Grinsztejn, B., Harel, D., & Thombs, B. D. (2020). Translation and validation of the Short HIV Stigma Scale in Brazilian Portuguese. *Health and Quality of Life Outcomes*, 18(322). <https://doi.org/10.1186/s12955-020-01571-1>
- Niu, L., Luo, D., Chen, X., Wang, M., Zhou, W., Zhang, D., & Xiao, S. (2019). Longitudinal trajectories of emotional problems and unmet mental health needs among people newly diagnosed with HIV in China. *Journal of the International AIDS Society*, 22(8), Artigo e25332. <https://doi.org/10.1002/jia2.25332>
- Nogueira, S. G., & Seidl, E. M. F. (2016). Associação entre percepção de doença e ansiedade, depressão e autoeficácia em pessoas com HIV/Aids. *Temas em Psicologia*, 24(2), 595–608. <http://dx.doi.org/10.9788/TP2016.2-12>
- Nogueira, F. R. N., Pellegrino, P., Duarte, A. S., Inoue, S. R. V., & Marqueze, E. C. (2019). Transtornos mentais comuns estão associados a maior carga viral em pessoas vivendo com HIV. *Saúde em Debate*, 43(121), 464–476. <https://doi.org/10.1590/0103-1104201912114>
- Oliveira, R. S., Primeira, M. R., Santos, W. M., Paula, C. C., & Padoin, S. M. M. (2020). Associação entre suporte social com adesão ao tratamento antirretroviral em pessoas vivendo com o HIV. *Revista Gaúcha de Enfermagem*, 41, Artigo e20190290. <https://dx.doi.org/10.1590/1983-1447.2020.20190290>
- Primeira, M. R., Santos, É. E. P., Züge, S. S., Magnago, T. S. B. S., Paula, C. C., & Padoin, S. M. M. (2018). Avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas vivendo com HIV. *Saúde e Pesquisa*, 11(2), 307–314. <https://doi.org/10.17765/1983-1870.2018v11n2p307-314>
- Rachid, M., & Schechter, M. (Orgs.). (2017). *Manual de HIV/aids* (10ª ed.). Thieme Revinter.

- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Revista de Saúde Pública*, 41(5), 685–694. <https://doi.org/10.1590/S0034-89102006005000043>
- Remor, E. (2013a). Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *The Patient*, 6(2), 61–73. <https://doi.org/10.1007/s40271-013-0009-0>
- Remor, E. (2013b). Release of an online self-reporting tool for assessing adherence to antiretroviral therapy (CEAT-VIH). *Journal of Antiviral & Antiretrovirals*, 5, 178–179. <https://doi.org/10.4172/jaa.1000085>
- Rodvalho, A. G., Lucchese, R., Lemos, M. F., Diniz-Pinto, H. S., Araujo, L. B., & Barros, P. M. (2018). Alterações de saúde mental em pessoas que vivem com HIV/aids. *Perspectivas em Psicologia*, 22(2), 26–42. <http://www.seer.ufu.br/index.php/perspectivasempsicologia/article/view/46557>
- 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. <https://doi.org/10.1590/S0102-311X2007001000006>
- Seidl, E. M. F., & Remor, E. (2020). Adesão ao tratamento, resiliência e percepção de doença em pessoas com HIV. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 36, Artigo e36nspe6. <https://doi.org/10.1590/0102.3772e36nspe6>
- Silva, B. B., Brito, A., Monteiro, E. P., Mondelo, G. P., & Remor, E. (2019). Evidence of validity for the online version of the Assessment of Adherence to Antiretroviral

-
- Therapy Questionnaire. *SAGE Journals*, 9(3), 1–12.
<https://doi.org/10.1177/2158244019877201>
- Silva, M., Dias, F. A., Testoni, C. F., Höfelmann, D. A., & Rattmann, Y. D. (2022). Sociodemographic and pharmacoepidemiological profile of people on antiretroviral therapy in the coast of the state of Paraná. *Acta Scientiarum. Health Sciences*, 44(1), e56764. <https://doi.org/10.4025/actascihealthsci.v44i1.56764>
- Singh, B. G., Dubey, P., & Pandey, D. (2021). Role of psycho-social intervention: A literature based study. *The International Journal of Indian Psychology*, 9(4), 2245–2248.
<http://dx.doi.org/10.25215/0904.210>
- Souza, J. R., Seidl, E. M. F., & Barbosa, D. (2023). Psychological Risk Indicator in Oncology: Development and evidence of validity. *Revista Psicologia, Saúde & Doenças*, 24(2), 511–523. <https://doi.org/10.15309/23psd240208>
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2018). *Using multivariate statistics* (7^a ed.). Pearson.
- Tufano, C. S., Amaral, R. A., Cardoso, L. R. D., & Malbergier, A. (2015). The influence of depressive symptoms and substance use on adherence to antiretroviral therapy: A cross-sectional prevalence study. *Sao Paulo Medical Journal*, 133(3), 179–186.
<https://doi.org/10.1590/1516-3180.2013.7450010>