UNIVERSIDADE DE SÃO PAULO
ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO

TASSIANA MARIA VIEIRA PEREIRA

Crenças em saúde de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da COVID-19

RIBEIRÃO PRETO

2021

TASSIANA MARIA VIEIRA PEREIRA

Crenças em saúde de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da COVID-19

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Linha de pesquisa: O cuidar de adultos e idosos

Orientadora: Profª. Drª Elucir Gir

RIBEIRÃO PRETO

2021

Autorizo a reprodução e divulgação total ou parcial deste trabalho, por qualquer meio convencional ou eletrônico, para fins de estudo e de pesquisa, desde que citada a fonte.

PEREIRA, Tassiana Maria Vieira
Crenças em saúde de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da COVID-19. Ribeirão Preto, 2021.
146 p. : il. ; 30 cm

Dissertação de Mestrado, apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto/USP. Área de concentração: Enfermagem Fundamental.
Orientadora: Elucir Gir

1. HIV 2.COVID-19 3.Modelo de Crenças em Saúde 4.Enfermagem.

Crenças em saúde de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da COVID-19

Dissertação apresentada à Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, para a obtenção do título de Mestre em Ciências, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem Fundamental.

Aprovado em / /

Presidente

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Comissão Julgadora

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

Prof. Dr. _____

Instituição: _____

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

DEDICATÓRIA

Aos meus filhos, **João Pedro e Gabriela,**
pelo amor infinito que transcende a
capacidade humana.
Aos meus pais, **Pedro** e **Cida**, pelo essência
do meu viver, exemplos de fé e de
simplicidade.
Às minhas irmãs, pelo amor, pelo incentivo e
pela dedicação.
Ao meu esposo, **Antônio Carlos,** pela
cumplicidade e pelo apoio.

AGRADECIMENTOS ESPECIAIS

A Deus todo poderoso, que alimentou meu ser em cada momento. Me segurou no colo a cada fraqueza e enviou o seu sopro do Espirito Santo para me fortalecer e prosseguir mesmo diante tantos obstáculos. Eu creio e tenho fé: Deus cuida de mim.

Aos meus pais, por me ensinarem as maiores riquezas da vida. Valores inabaláveis - fé, amor, família, respeito e simplicidade. Vocês representam meu porto seguro. O abraço, as palavras de incentivo e os gestos mais simples significam o alimento para minha alma. Obrigada pai e mãe, amo vocês!

Aos meus filhos João Pedro e Gabriela, meus pequenos amores. Obrigada por compreenderem os momentos de ausência. Por estarem ligados em oração e em pensamento a cada segundo em que a presença não foi possível. João, suas mensagens e ligações me deram forças para seguir em frente. Gabi, seus desenhos e bilhetinhos coloridos me fizeram acreditar que era possível chegar até aqui. Mamãe ama vocês infinitamente.

Ao meu esposo, Antonio Carlos, sou grata por toda dedicação e por todo incentivo. Obrigada por entender meus momentos de cansaço e ser o suporte em casa junto às crianças. Sua paciência e incentivo foram determinantes para a conclusão desta conquista. Obrigada!

Às minhas irmãs, pela amizade. Taísa, obrigada pela acolhida e cada gesto de amor. Você irradia carinho a todos a sua volta. Dani, obrigada pelas orações, você é uma profissional maravilhosa. Obrigada por estar sempre comigo. Fer, sou grata pelos ensinamentos e o quanto me motivou para seguir em frente. Você é uma pesquisadora exemplar e educadora por essência. Nath, o anjo que me ensinou a caminhar na USP. Quantas histórias vivemos juntas nesta caminhada! Obrigada por compartilhar momentos maravilhosos, me ensinar e me dar a mão, a insegurança se fez presente. E, ao findar das aulas, cruzar os estados de São Paulo e Minas Gerais ligar dizendo: Cheguei bem e você? Meninas, esta conquista tem um pouquinho de cada uma de vocês. Obrigada!!!

À Professora Doutora Elucir Gir, minha gratidão pelos ensinamentos e por acreditar em mim. Quantas vezes me levou a refletir sobre meus objetivos e projetos,

desvelando um caminho novo e desafiador. Agradeço o carinho e a paciência no decorrer de meu processo de aprendizado. Admiro sua competência, sua dedicação e seu profissionalismo. A você, todo o meu respeito e admiração.

Aos meus sobrinhos Isabela, Ana Beatriz, Gabriel, Pedro, Miguel e Neto, pelo aconchego dos abraços e dos beijinhos. E, claro, as fotos e as deliciosas chamadas de vídeos que aqueceram meu coração quando distante.

À Thath, amiga de trajetória. Obrigada por compartilhar toda essa experiência de perto. Entre lágrimas, gargalhadas, noites exaustas na biblioteca, inúmeras xícaras de café e deliciosos sorvetes... nossas conversas não têm fim! Deus nos envia amigos especiais para que sintam o amor que Ele tem por nós a todo momento. Você é mais que uma amiga de pós-graduação. É uma amiga do coração!

AGRADECIMENTOS

A todas as PVHIV participantes que contribuíram para a construção deste trabalho. Obrigada por compartilharem comigo suas experiências de vida. Vocês proporcionaram um crescimento ímpar em minha formação de enfermeira. O vínculo estabelecido entre nós foi primordial para todo o êxito!

À Fundação Hospitalar do Estado de Minas Gerais, pela concessão de licença parcial para dedicar-me a pesquisa. Em especial, à servidora Elisete Teixeira de Freitas, que na função designada como Responsável Técnica de Enfermagem, me apoiou e compreendeu a importância deste estudo em minha formação enquanto servidora pública.

À Sra. Marcilene Dornelas de Araújo, Secretária Municipal de Saúde em 2020, quando o projeto se iniciou, que não mediu esforços para autorizar a coleta de dados. Enalteceu a importância da pesquisa para o munícipio e, assim, colaborou para a melhoria da assistência aos usuários do Sistema Único de Saúde.

Àos médicos Ângelo e Herbert, que confiaram em meu trabalho. Vocês são exemplos de profissionais competentes. Demonstram que é possível realizar um trabalho de qualidade, ético e com essência humanista no serviço público.

Aos servidores do CTA/SAE do município, Fernando, Vanessa, Lidiane, Nalu, Felipe, Ana Carla, Patrícia e Evenise. Vocês me acolheram com carinho e atenção. Cada um a seu modo se doou um pouquinho para que a coleta dos dados se efetivasse. Os discurssos aqui referidos trazem o trabalho ímpar que desenvolvem no serviço.

À amiga Alessandra, por ser minha confidente que, mesmo distante, fez-se presente em todos os momentos. Sua amizade é um tesouro!

Às amigas Carmen, Kátia, Silvana, Eunice, Luciana e Maria Heloisa que entenderam minha ausência e sempre me incentivaram a trilhar o caminho novo. As conversas na madrugada se apresentavam como gotas mágicas de motivação.

Às amigas e pesquisadoras Natália e Andressa, por todo empenho, carinho e dedicação que contribuíram na pesquisa.

Agradeço também aos novos amigos com quem tive o prazer de compartilhar saberes e alegrias durante a Pós-Graduação, Lucas, Laelson, Lílian, Maria Cristina e Nádia.

Ainda, às professoras Renata Reis e Sílvia Canini, que transmitiram tanto carinho e conhecimento.

Aos meus cunhados e cunhadas, pelo carinho e pelo apoio.

A todos os funcionários da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto, em especial, à Edilaine Amadio, pela presteza e pelo acolhimento.

Aos demais amigos e familiares que, de maneira direta ou indireta, contribuíram para a conclusão deste trabalho.

MUITO OBRIGADA!

"A verdadeira viagem de descobrimento não
consiste em procurar novas paisagens,
mas em ter novos olhos".
(Marcel Proust)

RESUMO

PEREIRA, T. M. V. **Crenças em saúde de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da COVID-19.** 2021. 146p. Dissertação (Mestrado) Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto Ribeirão Preto, Universidade de São Paulo, 2021.

Introdução: A aids é uma doença infecciosa de grande importância epidemiológica e que representa grave problema mundial de saúde pública. Ao longo do desenvolvimento da epidemia, com a evolução do tratamento e com o potencial de cronicidade que a doença atingiu, foram propostas estratégias diferenciadas, voltadas para a sexualidade, para a identidade de gênero, para a singularidade do sujeito e para as melhorias na qualidade de vida. Contudo, ainda se observam a presença de aspectos negativos e uma pluralidade de crenças que permeiam as experiências de vida dessas pessoas. A dimensão de susceptibilidade sugere evidências de maior proporção ao ser analisada pelo prisma contemporâneo em tempos da pandemia da COVID-19. **Objetivo:** Analisar as crenças em saúde de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da pandemia da COVID-19. **Método:** Trata-se de um estudo transversal, descritivo, utilizando fonte secundária de informações (prontuário) e entrevistas junto às pessoas vivendo com HIV (PVHIV), usuárias de um Serviço Especializado em IST/AIDS, de um município do interior de Minas Gerais. Os dados foram coletados utilizando a Estratégia Aninhada Concomitante, analisados estatisticamente com o auxílio do software IBM®SPSS, versão 21.0 e os dados qualitativos com base na análise de conteúdo indutivo, considerando-se o referencial de Crenças em Saúde de Rosenstock (1974). Todos os aspectos éticos foram comtemplados. **Resultado:** Participaram do estudo 46 pessoas, sendo a maioria do sexo masculino 31 (67,4%) e idade de 18 a 65 anos. Os dados qualitativos foram obtidos por meio de entrevista com duração média de 23,54 minutos. Os resultados e as discussões são dispostos nas categorias pré-definidas com base nas dimensões do Modelo de Crenças Saúde e, além destas, o Apoio e a Assistência às PVHIV. No que se refere à susceptibilidade percebida, a maioria dos participantes a relacionou à fragilidade do sistema imunológico inerente ao HIV. No que versa à COVID-19, foram apontadas dúvidas e desconhecimento sobre a temática, porém se reconhecem como “grupo

de risco” e aplicam medidas de prevenção. Quanto à gravidade percebida, as pessoas sinalizaram o potencial da doença pelas próprias experiências ou pelo convívio próximo e pelo medo da morte. Dentre os benefícios percebidos, evidenciaram-se a terapia antirretroviral, a relevância de empregar hábitos saudáveis, a postura positiva frente à doença e o cuidado com outro, utilizando o preservativo nas relações sexuais. Na dimensão das barreiras percebidas, os aspectos psicossociais tiveram maior relevância, principalmente o preconceito, o sigilo do diagnóstico e a complexidade nos relacionamentos amorosos. Quanto ao apoio recebido, os contextos relacionados à família, seguido da religiosidade, obtiveram maior destaque nos achados, se mostrando os principais motivadores. No que tange à assistência os participantes relataram satisfação com os serviços prestados e com os profissionais de saúde revelando, ainda, as habilidades da equipe. A assistência foi analisada qualitativamente, utilizando-se os conceitos da Cascata de Cuidados Contínuos. **Conclusão:** A aplicação do Modelo de Crenças em Saúde permitiu identificar o conhecimento das PVHIV acerca do seu diagnóstico e analisar seus comportamentos. Possibilitou, ainda, refletir a dimensão dos aspectos psicossociais frente às vivências e à necessidade primordial do apoio das pessoas e do serviço especializado que os assistem.

Palavras-chave: HIV; COVID-19; Modelo de Crenças em Saúde; Enfermagem.

ABSTRACT

PEREIRA, T. M. V. **Health beliefs of people living with the human immunodeficiency virus in times of the COVID-19 pandemic.** 2021.146p. Thesis (Master's degree) Ribeirão Preto Nursing School, University of São Paulo, 2021.

Introduction: AIDS is an infectious disease of great epidemiological importance and represents a serious worldwide public health problem. Throughout the development of the epidemic, with the evolution of treatment and the potential for chronicity which the disease has reached, different strategies have been proposed, focused on sexuality, gender identity, individual uniqueness and improvements in quality of life. However, there are still negative aspects and a plurality of beliefs through these people's life experiences. The dimension of susceptibility evidences a greater proportion when analyzed from a contemporary perspective in times of the COVID-19 pandemic. **Objective:** To analyze the health beliefs of people living with the human immunodeficiency virus in times of the COVID-19 pandemic. **Method:** This is a cross-sectional descriptive study, using a secondary source of information (medical records) and interviews with people living with HIV (PLHIV), users of a Specialized Service on STI / AIDS, in a Minas Gerais' inland city. Data were collected using a Concomitant Nested Strategy, statistical stimulus with the help of IBM®SPSS software version 21.0 and qualitative data based on the analysis of inductive content, considering the Rosenstock Health Beliefs (1974). All ethical aspects have been contemplated. **Result:** The study have been compound by 46 people, the majority being male 31 (67.4%) and aged from 18 to 65 years. Qualitative data were obtained through interviews with an average duration of 23.54 minutes. The results and discussions are classified in the pre-defined categories in the dimensions of the Health Belief Model and Support and Assistance to PLHIV. Regarding the perceived susceptibility, most participants related it to the fragility of the immune system inherent to HIV. In the case of COVID-19, doubts and ignorance about the theme were pointed out, but they recognize themselves as a "risk group" and apply preventive measures. As for the perceived severity, people signaled the potential of the disease through their own experiences or close contact and the fear of death.

Among the perceived benefits, antiretroviral therapy showed the relevance of using healthy habits, a positive attitude towards the disease and caring for others, using condoms during sexual intercourse. In the dimension of perceived barriers, psychosocial aspects were more relevant, mainly prejudice, confidentiality of diagnosis and complexity in romantic relationships. Regarding the support received, the contexts related to the family, followed by religiosity, were more prominence in the findings, being the main motivators. About the assistance, the participants reported satisfaction with the services provided and with the health professionals, also revealing the team's skills. Assistance was analyzed qualitatively using the concepts of the Continuous Care Cascade. **Conclusion:** The application of the Health Belief Model allowed to identify the knowledge of PLHIV about their diagnosis and to analyze their behaviors. It also made it possible to reflect the dimension of the psychosocial aspects in the face of the experiences and the primary need for the support of people and the specialized service that assists them.

Keywords: HIV; COVID-19; Health Belief Model; Nursing.

RESUMEN

PEREIRA, T. M. V. **Creencias en la salud de personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana en tiempos de COVID-19**. 146p . Disertación (Maestría) Escuela de Enfermería de Riberão Preto, Riberão Preto, Universidad de San Pablo, 2021.

Intoducción: El SIDA es una enfermedad infecciosa de gran importancia epidemiológica y que representa un grave problema mundial de salud pública. A lo largo del desarrollo de la epidemia, con la evolución del tratamiento y con el potencial de cronicidad que la enfermedad alcanzó, fueron propuestas estrategias diferenciadas direccionadas para la sexualidad, para la identidad de género, para la singularidad del sujeto y para la mejorías en la calidad de vida. No obstante, aún se observan la presencia de aspectos negativos y una pluralidad de creencias que permean las experiencias de vida de estas personas. La dimensión de susceptibilidad sugiere evidencias de mayor proporción al ser analizada por el prisma contemporáneo en tiempos de pandemia del COVID-19. **Objetivo:** Analizar las creencias en la salud de personas viviendo con el virus de inmunodeficiencia humana en tiempos de pandemia del COVOD-19. **Método:** Se trata de un estudio transversal, descriptivo, utilizando como fuente secundaria de informaciones (historia clínica) y entrevistas junto a las personas viviendo con HIV(PVHIV) usuarias de un Servicio Especializado en IST/SIDA, de un municipio del interior de Minas Gerais. Los datos fueron recolectados utilizando la Estrategia Anidada Concomitante, analizados estadísticamente con el auxilio del software IBM SPSS versión 21.0 y los datos cualitativos con base en el análisis del contenido inductivo, considerándose el referencial de Creencias en Salud de Rosenstock (1974). Todos los aspectos éticos fueron contemplados. **Resultado:** Participaron del estudio 46 personas siendo la mayoría del sexo masculino 31(67,4%) y edad de 18 a 65 años. Los datos cualitativos fueron obtenidos por medio de entrevista con duración media de 23,54 minutos. Los resultados y las discusiones son dispuestos en las categorías pre definidas com base en las dimensiones del Modelo de Creencias Salud y además de

éstas el Apoyo y la Asistencia a las PVHIV. En lo referido a la susceptibilidad percibida, la mayoría de los participantes la relacionó a la fragilidad del sistema inmunológico inherente al HIV. En lo que respecta al COVID-19 fueron apuntadas dudas y desconocimiento sobre la temática, sin embargo se reconocen como “grupo de riesgo” y aplican medidas de prevención. Con respecto a la gravedad percibida las personas señalan el potencial de la enfermedad por las propias experiencias o por la convivencia próxima y por el miedo a la muerte. De entre los beneficios percibidos se evidenciaron la terapia antirretroviral, la relevancia de emplear hábitos saludables, la postura positiva frente a la enfermedad y el cuidado con el otro, utilizándose el preservativo en las relaciones sexuales. En la dimensión de las barreras percibidas los aspectos psicosociales tuvieron mayor relevancia principalmente el prejuicio, el sigilo del diagnóstico y la complejidad en las relaciones amorosas. Con respecto al apoyo recibido, los contextos relacionados a la familia, seguido de la religiosidad, obtuvieron mayor destaque en lo encontrado, mostrándose como los principales motivadores. En lo referido a la asistencia los participantes relataron satisfacción con los servicios prestados y con los profesionales de la salud revelando, inclusive, las habilidades del equipo. La asistencia fue analizada cualitativamente utilizando los conceptos de Cascada de Cuidados Continuados. **Conclusión:** La aplicación del modelo de Creencias en Salud permitió identificar el conocimiento de las PVHIV acerca de su diagnóstico y analizar sus comportamientos. Posibilitó aun reflexionar la dimensión de los aspectos psicosociales frente a las vivencias y a la necesidad primordial del apoyo de las personas y del servicio especializado que los asiste.

Palabras claves: HIV; COVID-19; Modelo de Creencias en Salud; Enfermería.

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

ADT	Assistência Domiciliar Terapêutica em AIDS
AIDS	Síndrome da Imunodeficiência Adquirida
ARV	Antirretrovirais
CDC	Centros de Controle e Prevenção de Doenças
COAS	Centro de Orientação e Apoio Sorológico
COVID-19	Coronavirus Disease 2019
CRT	Centro de Referência e Treinamento
CTA	Centro de Testagem e Aconselhamento
CTI	Centro de Terapia Intensiva
DST	Sexualmente Transmissível
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HPV	Papilomavírus Humano
I=I	Indetectável =Intransmissível
IEE	Inventário de Estratégias de Enfrentamento
IPSF	Inventário de Percepção de Suporte Familiar
IST	Infecção Sexualmente Transmissível
LT – CD4+	Linfócitos T-CD4+
MCS	Modelo de Crenças em Saúde
OMS	Organização Mundial da Saúde
PCDT	Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas
PVHIV	Pessoas Vivendo com HIV
QSG	Questionário de Saúde Geral de Goldberg
QV	Qualidade de Vida
SAE	Serviço de Atenção Especializada
SARS-COV-2	Coronavirus 2 da Síndrome Respiratória Aguda Grave
SICLOM	Sistema de Controle Logístico de Medicamentos
SINAN	Sistema de Informação de Agravos de Notificação
SPSS	*Statistical Package for the Social Sciences*
SUS	Sistema Único de Saúde
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UDM	Unidade Dispensadora de Medicamento
UF	Unidade Federativa
UHC	Cobertura Universal de Saúde

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 Caracterização dos participantes, segundo variáveis demográficas e individuais. (n=46). Barbacena, MG, Brasil, 2020... 55

Tabela 2 Marcadores de monitoramento clínico do HIV (n=46). Barbacena, MG, Brasil, 2020..... 58

LISTA DE FIGURAS

Figura 1 Mandala de Prevenção Combinada. 36

Figura 2 Declaração de Paris, meta 90-90-90..... 37

Figura 3 Cascata de Cuidado Contínuo do HIV..... 38

SUMÁRIO

1 APRESENTAÇÃO DO TEMA..... 26

2 INTRODUÇÃO..... 31

2.1 Epidemiologia e Cenário das IST / HIV..... 32

2.2 Serviço de Atenção Especializada Em HIV/AIDS e Cuidado Integral.. 33

2.3 Prevenção Combinada..... 35

2.4 A Evolução Do Tratamento..... 37

2.5 Implicações Do Viver Com HIV..... 39

3 OBJETIVOS..... 41

3.1 Objetivo geral..... 42

3.2 Objetivos específicos..... 42

4 REFERENCIAL TEÓRICO..... 43

5 MÉTODOS..... 47

5.1 Tipo e local do estudo..... 48

5.2 População do estudo..... 48

5.3 Coleta de dados..... 49

5.4 Análises dos dados..... 51

5.5 Aspectos éticos..... 51

6 RESULTADOS..... 53

6.1 Caracterização sociodemográfica, comportamental e clínica das PVHIV..... 54

6.2- Crenças em Saúde..... 58

6.2.1 Susceptibilidade percebida frente ao HIV..... 59

6.2.2 Susceptibilidade percebida relacionada à COVID-19..... 62

6.2.3 Gravidade percebida frente ao HIV..... 66

6.2.4 Benefícios Percebidos..... 71

6.2.5 Barreiras percebidas..... 77

6.3- O Apoio recebido..... 81

6.4- A Assistência às PVHIV..... 84

6.5 Observações do entrevistador e diário de campo..... 89

7 DISCUSSÃO..... 91

7.1 Caracterização sociodemográfica, comportamental e clínica das PVHIV..... 92
7.2 Crenças em Saúde..... 96
7.2.1 Susceptibilidade percebida frente ao HIV..... 96
7.2.2 Susceptibilidade percebida frente à COVID-19..... 98
7.2.3 Gravidade percebida frente ao HIV..... 101
7.2.4 Benefícios percebidos..... 102
7.2.5 Barreiras percebidas..... 105
7.3 O Apoio recebido..... 109
7.4 A assistência às PVHIV..... 110
8 CONCLUSÃO..... 115
9 CONSIDERAÇÕES FINAIS..... 117
REFERÊNCIAS..... 119
APÊNDICE..... 130
APÊNDICE A..... 131
APÊNDICE B..... 138
ANEXO..... 141
ANEXO A..... 141
ANEXO B..... 144

Apresentação do Tema

1 APRESENTAÇÃO DO TEMA

A aids é uma doença infecciosa que consiste em grande problema de saúde pública mundial. Causada pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV), atinge cerca de 37,9 milhões de pessoas em todo o mundo. Em 2018, foram notificadas cerca de 770.000 mortes por doenças relacionadas à aids no mundo; embora seja um número significativo, houve redução de 33%, desde quando se contabilizou 1,2 milhão no ano de 2010 (UNAIDS, 2019a).

O HIV age diretamente nas células específicas do sistema imunológico, células TCD4, destruindo-as e tornando o organismo incapaz de lutar contra infecções e doenças. Na ausência de tratamento, o indivíduo vulnerável a infecções inicia processo de adoecimento. As principais vias de transmissão do HIV são a sexual e a parenteral. O vírus impõe alta transmissibilidade, principalmente na fase aguda da doença (UNAIDS, 2019b).

Segundo o critério chamado CDC modificado, é considerado caso de aids o indivíduo que apresentar teste positivo pelo HIV, triagem e confirmatório, com diagnóstico de pelo menos uma doença oportunista indicativa da doença e/ou contagem de linfócitos T-CD4 + < 350 células/mm³. Entre as doenças indicativas de aids mais comuns, estão a candidíase, a tuberculose, a citomegalovirose e herpes simples (BRASIL, 1998; BRASIL, 2008).

Contudo, milhões de pessoas que estão com HIV não desenvolvem a aids e apresentam boa qualidade de vida, devido aos avanços consideráveis obtidos com a descoberta, o aperfeiçoamento da terapia antirretroviral, a oferta de tratamento de modo gratuito pelo sistema de saúde e de controle social (KILLIAN; LEVY, 2011).

No Brasil, segundo dados publicados no Boletim Epidemiológico, foram notificados no Sistema de Informação de Agravos (SINAN) de 2007 a junho de 2020, 342.459 casos de infecção pelo HIV; de 1980 a junho de 2020, um total de 1.011.617 casos de aids; em 2019, foram diagnosticados 41.909 novos casos de HIV e 37.308 casos de aids. Destaca-se o declínio na taxa de detecção de aids entre os anos de 2007 e 2020, a qual mantém em ascendência o número de infectados pelo vírus HIV (BRASIL, 2020a).

Outro dado importante do documento refere-se à taxa de mortalidade geral no País que, de 2009 para 2019, sofreu um declínio de 29,3%. O declínio analisado por unidade federativa (UF) apresentou coeficiente maior que o nacional, de 4,1 em 11

delas e um aumento e seis UF, variando de 20,0% na Paraíba a 866,7% no Amapá. As diferenças regionais ainda estão sob investigação local. Sugere-se que o declínio na taxa de mortalidade geral esteja relacionado possivelmente à recomendação do “tratamento para todos” implantado em dezembro de 2013 e da ampliação do diagnóstico precoce da infecção pelo HIV (BRASIL, 2020a).

Entre as mulheres, em todo território brasileiro, observou-se tendência de queda na taxa de detecção de aids nos últimos 10 anos, que passou de 16,6 casos/100 mil habitantes, para 10,5, o que representa uma redução de 36,7%. Em 2020, apresentou uma proporção de 2,3 (M:F), ou seja, 23 homens para cada dez mulheres, desconsiderando-se casos de HIV em gestantes. Representa também um perfil epidemiológico com tendência na redução do número de mulheres e aumento do número de homens. A taxa de proporção sofre grande influência, quando analisada por regiões e faixa etária, porém em todas há um predomínio de casos em homens (BRASIL, 2020a).

Segundo Greco (2016), em sua publicação sobre os trinta anos de enfrentamento da epidemia no Brasil, de 1985 a 2015, há várias perspectivas que vêm sendo elaboradas e que necessitam de continuidade e de intensificação de ações como a prevenção, o combate ao preconceito e à discriminação, o diagnóstico em tempo oportuno; o tratamento e a adesão a este, entre outras conquistas.

Ao longo do desenvolvimento da epidemia, com a evolução do tratamento e o potencial de cronicidade que a doença atingiu, surgiram estratégias diferenciadas, voltadas para cuidados centrados na pessoa, na sexualidade, na identidade de gênero, na singularidade do sujeito e nas melhorias na qualidade de vida. Aparece, então, a nomenclatura Pessoas Vivendo com HIV (PVHIV) que traz o conceito de atender às pessoas de uma forma adequada, buscando entender vulnerabilidades, experiências, diversidade e singularidade (BRASIL, 2017).

O Brasil destaca-se no contexto mundial como um país que possui políticas públicas de enfrentamento à aids Contudo, as PVHIV vivenciam em seu cotidiano dificuldades que interferem na qualidade de vida. Estudos sugerem que aspectos e sintomas psicopatológicos possuem relação negativa com adesão ao tratamento e com a qualidade de vida (REIS *et al.*, 2010).

Conforme apontado por Kalan *et al.* (2019), o estigma é um aspecto negativo junto à análise de qualidade de vida das PVHIV. Relata também que fatores como idade, escolaridade, renda, trabalho e ser homem tiveram significância na qualidade

de vida dessas pessoas em um estudo realizado no Irã. Sugere, inclusive, o emprego de intervenções psicológicas para as PVHIV.

Segundo Jesus *et al.* (2017), dentre as principais dificuldades do viver com HIV/AIDS, destacam-se o preconceito, o enfrentamento do risco nos relacionamentos, o tratamento e o almejar de uma qualidade de vida em diversas nuances, variando desde aspectos concretos até os subjetivos . O impacto negativo na vida das PVHIV permeia todos os períodos desde o diagnóstico até a estabilização da doença.

Entende-se, portanto, que há uma pluralidade de contextos que permeiam o discurso das PVHIV principalmente no que se refere às suas dificuldades e enfrentamentos. Em 12 de dezembro de 2019, foi anunciada uma epidemia, em Wuhan na China (ZHOU; YANG; SHI, 2020). Em março de 2020, a Organização Mundial da Saúde constatou a pandemia da COVID-19 em nível mundial e decretou a situação como emergência de saúde pública mundial (OPAS, 2020).

O SARS-COV-2, vírus responsável pela COVID-19, é transmitido de pessoa a pessoa por via aérea e contato com objetos/superfícies contaminados, se aloja nas mucosas oral e nasal, se multiplica e, em pouco tempo, pode provocar sintomas como dor de garganta, perda de olfato e de paladar, febre, tosse seca ou dores na cabeça e no corpo. A atuação do sistema imunológico na fase inicial pode impedir seu agravamento, porém, caso venha atingir os pulmões, pode se tornar mortal (WADMAN *et al.*, 2020).

Os Centros de Controle e Prevenção de Doenças (CDC) alertam que, embora se tenham informações pouco consistentes, há um maior risco para idosos e para pessoas com doenças relacionadas à supressão imunológica, inclusive o HIV (CDC, 2020).

A OMS traçou diretrizes dirigidas às PVHIV e aos profissionais de saúde. Faz um alerta às PVHIV que estiverem em fase avançada da doença e/ou mal controlada quanto ao maior potencial de risco relacionado à COVID-19. Recomenda manter atualizadas as vacinas contra gripe e pneumocócica; manter isolamento social; realizar higiene das mãos e várias outras condutas no que se refere ao tratamento com antirretrovirais (TARV) de forma específica (WHO, 2020).

De acordo com Shiau *et al.* (2020), é necessário atentar para uma possível estrutura sindêmica, ou seja, uma atuação conjunta de duas epidemias interagindo, no caso a COVID-19 e a HIV. Referem que as PVHIV já experimentam sentimentos

que envolvem saúde mental como isolamento, estigma e discriminação que podem potencializar com o isolamento social necessário durante a pandemia. Ainda citam fatores psicossociais, incluindo solidão, desesperança e alterações no sistema neurocognitivo, que interferem diretamente nos cuidados com a saúde.

Em meio a uma cascata de problemas, destaca-se a probabilidade da não adesão à TARV, com consequente redução das células T-CD4+, aumento das infecções oportunistas, potencial de transmissão ao HIV, levando ao risco aumentado da mortalidade. Para que haja interrupção desse processo de desencadear eventos, sugere-se que os profissionais de saúde atentem para o planejamento do tratamento, considerando os aspectos psicossociais e o uso da telemedicina (SHIAU et al., 2020).

Estudos já estão em percurso avaliando o impacto da pandemia. Uma pesquisa realizada com PVHIV na província de Hubei, em Wuhan, centro da pandemia, na China, revelou que cerca 93% das pessoas receberam informações sobre a COVID-19, porém ainda esperam saber mais sobre a susceptibilidade em contrair o vírus. Vale ressaltar que aproximadamente 32% relataram ter ARV insuficiente para o tratamento devido às medidas de restrição de deslocamento proposto pelas autoridades para reduzir o movimento na localidade. Outro fator importante é que 30% dessas pessoas referiram sentir ansiedade. Nesse sentido, faz-se necessário realizar o acompanhamento das PVHIV, sobretudo no que se refere ao aporte psicológico para essas pessoas (GUO *et al.*, 2020).

Introdução

2 INTRODUÇÃO

2.1 Epidemiologia e Cenário das IST / HIV

As Infecções Sexualmente Transmissíveis (IST) constituem importante problema de saúde pública no Brasil e no mundo. A Organização Mundial da Saúde (OMS) divulgou dados em que descreve que mais de um milhão de indivíduos de 15 a 49 anos contraem uma IST curável por dia. Ainda, estima-se que 356 milhões de pessoas sejam infectadas ao ano, ocasionando infecções como clamídia, gonorreia, sífilis e tricomoníase (WHO, 2019).

Ressalta-se que se trata de doenças evitáveis com práticas sexuais seguras, uso correto de preservativos e educação sexual; e que, na presença de qualquer uma destas, o tratamento é simples, de fácil acesso à população em unidades básicas de saúde e de custo baixo. Porém o que a OMS apresenta é que, desde 2012, não houve declínio nas taxas de infecções novas ou existentes. Em média, aproximadamente uma em cada 25 pessoas no mundo tem pelo menos uma dessas IST e, algumas vezes, associações de múltiplas infecções ao mesmo tempo (WHO, 2019).

Vale destacar a Sífilis que apresentou crescimento significativo responsável por aproximadamente 200 mil natimortos e óbitos de recém-nascidos em 2016, mesmo com a recomendação da OMS de testagem no pré-natal para Sífilis e HIV (WHO, 2019).

As IST se diagnosticadas e não tratadas, podem levar a sérias consequências de saúde, à morbimortalidade e a alto risco para infecção pelo HIV (WHO, 2019).

Uma atitude foi proposta em 2016 pela Assembleia Mundial da Saúde para agir de forma rápida e baseada em evidências em todos os países para acabar com as IST como uma preocupação de saúde pública até 2030, publicada em Estratégia Global do setor de saúde sobre IST e HIV de 2016 a 2021 (WHO, 2016a).

Dentre as metas estabelecidas até 2030, destacam-se a redução da mortalidade materna; o apoio à pesquisa e ao desenvolvimento de vacinas e de medicamentos para as doenças transmissíveis e que se encerrem as epidemias de aids e de outras doenças transmissíveis (WHO, 2016a).

Na mesma linha, registra-se também a Estratégia de Saúde Global especificamente para o HIV. Nesse documento, a comunidade internacional enfatiza a meta de acabar com a epidemia de aids como ameaça até 2030. Essa iniciativa propõe ampliar, acelerar e intensificar o tratamento com uso da TARV; reduzir novas infecções por HIV e o número de mortes pela doença (WHO, 2016b).

O documento também enfatiza a atenção centrada na pessoa, com destaque para qualidade de vida das PVHIV, o enfrentamento ao estigma, à discriminação e combate à exclusão. Esclarece que alguns países evoluíram, de rapidamente para diferentes formas de agir frente à epidemia, porém é necessário manter os investimentos e fortalecer as ações para atingir as metas e objetivos estabelecidos até 2030 (WHO, 2016b).

A OMS traz uma reflexão sobre as melhorias no sistema de informatização de dados, de tecnologias geoespaciais e de pesquisas populacionais que vêm contribuindo para a assistência direcionada a populações específicas, chamadas *microtargeting*. Aponta que o alcance da cobertura universal de saúde (UHC) é um objetivo amplo que garante à pessoa acesso em todos os níveis assistenciais. Faz, ainda, destaque aos princípios para sua implementação como integração de serviços clínicos; tratamento simplificado do HIV; serviços de testagem, prevenção e tratamento do HIV com serviços de assistência pré-natal, saúde infantil e sexual, saúde sexual e reprodutiva, tuberculose e atenção primária (HOLMES et al., 2019).

Esse mesmo documento cita que o Brasil usa um sistema público de mapeamento que permitiu avaliar a relação custo-benefício, grupos de risco, melhores dados, necessidades e resultados dos pacientes com uma estratégia diferenciada de prestação de serviços, o que leva a refletir sobre o cuidado prestado para as PVHIV (HOLMES et al., 2019).

2.2 Serviço de Atenção Especializada Em HIV/AIDS e Cuidado Integral

No final de 1980, surgiu no Brasil o primeiro Centro de Orientação e Apoio Sorológico (COAS), assim denominado primeiramente que teve alterada sua nomenclatura para Centro de Testagem e Aconselhamento – CTA. Apresenta-se com objetivo de fornecer aconselhamento e testagem às pessoas de forma anônima

e confidencial e atender a uma demanda que se apresentava aos bancos de sangue pela busca de exames, de insumos e de encaminhamento de pessoas detectadas com resultados positivos (BRASIL, 2017).

A expansão foi tamanha que, das propostas de atuação do simples ato de aconselhamento e testagem, hoje as PVHIV contam com serviços de atenção especializada que incluem atendimento de uma equipe multiprofissional composta por médicos, enfermeiros, psicólogos, odontólogos, farmacêuticos, entre outros.

O serviço possui inúmeros propósitos a serem desenvolvidos enquanto atuação dentro do Sistema Único de Saúde (SUS) no Brasil. Inclui estratégias diversas que contemplam a atenção às populações prioritárias; o manejo das IST com destaque para a sífilis e para as hepatites virais; o acesso aos insumos de prevenção; oferta e ampliação às profilaxias pré e pós-exposição; proporcionar processo de vinculação do diagnóstico ao tratamento das PVHIV; ser referência para atenção básica e implementar ações da prevenção combinada; construir parcerias com outras instituições; trabalhar com redução de danos e adesão ao tratamento; realizar atividades e propor estratégias de prevenção, de diagnóstico e de notificação de casos, entre outras (BRASIL, 2017).

Com a enorme diversidade de ações propostas a serem desenvolvidas, o Ministério da Saúde desenvolveu a Linha de Cuidado integral ao HIV/AIDS, na qual o foco central consiste na ideia de integralidade nos diversos níveis de atenção à saúde. Essas propostas permeiam desde a promoção, a prevenção combinada, o cuidado e a reabilitação às PVHIV aos recursos financeiros e humanos para desenvolver toda essa complexidade de ações (BRASIL, 2017).

Numa lógica de diferenças encontradas em todo território brasileiro, é necessário que seja construída a rede, a partir do nível local, com os gestores, avaliando potencial de assistência da região e o perfil epidemiológico. Para direcionar essa construção, o Ministério da Saúde disponibilizou um documento chamado "***5 Passos para Implementação da Linha de Cuidado para Pessoa Vivendo com HIV e AIDS.".*** Esse documento auxilia os municípios a conhecer, elaborar e implementar ações dentro da rede que acolhe as PVHIV, envolvendo os profissionais, destacando indicadores e desenhando estratégias de referência e contrarreferência a partir de sua realidade local (BRASIL, 2017).

Visando consolidar toda essa ampla rede de serviços, foi publicada uma portaria pelo Ministério da Saúde, em 16 de janeiro de 2013, que define suas

modalidades, classificação, organização das estruturas e o funcionamento de todo o serviço de Atenção às DSTs/ HIV/AIDS como: Centro de Testagem e Aconselhamento (CTA); Serviço de Atenção Especializada (SAE); Centro de Referência e Treinamento (CRT); Assistência Domiciliar Terapêutica em AIDS (ADT) e Unidade Dispensadora de Medicamentos (UDM) (BRASIL, 2013).

Essa publicação direciona os municípios de todo o Brasil para se estruturar, pactuar, e construir a rede de Serviços de Atenção às DST/HIV/AIDS, de acordo com seus potenciais e critérios de regionalização. Permite, assim, prestar assistência às PVHIV em todos os níveis dentro do SUS. Iniciou-se aqui um novo desenho de uma proposta inovadora de atuação denominada Prevenção Combinada (BRASIL, 2013).

2.3 Prevenção Combinada

Define-se por Estratégia de prevenção do HIV:

> o uso conjunto de intervenções biomédicas, comportamentais e estruturais, aplicando-as no nível dos indivíduos e de suas relações; dos grupos sociais a que pertencem; ou na sociedade em que vivem, mediante ações que levem em consideração as necessidades e especificidades desses indivíduos e as variadas formas de transmissão do vírus (BRASIL, 2018).

Esse conjunto de estratégias desenhado de forma interligada, porém não estáticas, vem sendo aplicado para prover equidade, acesso aos segmentos com maior vulnerabilidade e garantia de uma assistência de qualidade e de integralidade de ações centradas nas PVHIV. Baseado em todos esses contextos e na ideia de movimento, foi criado o símbolo da mandala (figura1).

Figura 1- Mandala de Prevenção Combinada (BRASIL, 2018).

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.

A partir dessa perspectiva, o profissional tem subsídios para construir um plano de cuidados em conjunto com o indivíduo, partindo de conceitos como autonomia, respeito, vínculo e troca de saberes. O Plano de Prevenção Combinada é uma estratégia que engloba três diferentes intervenções: intervenções estruturais; biomédicas e comportamentais (BRASIL, 2018).

As intervenções estruturais caracterizam-se pelas estratégias com foco na vulnerabilidade do indivíduo e em campanhas educativas. A segunda estratégia, as intervenções biomédicas, possui a finalidade de redução do risco de exposição e da transmissão. Descreve, entre elas, o incentivo ao uso de preservativos, a profilaxia pré e pós-exposição sexual, a imunização e a prevenção de outras IST. Por fim, as ações comportamentais que destacam a importância da disponibilidade de informações para que o indivíduo seja capaz de identificar o risco de exposição do HIV. Fazem parte dessa estratégia o aconselhamento em HIV, em hepatites virais e em outras IST, incentivo a testagem, redução de danos (usuários de álcool e outras drogas) e campanhas de prevenção (BRASIL, 2018).

2.4 A Evolução Do Tratamento

Em dezembro de 2013, a UNAIDS recebeu uma solicitação para estabelecer novas metas para intensificar o tratamento do HIV depois de 2015 no mundo todo. Após várias consultas, trouxe uma proposta considerada ambiciosa, porém vista como passível de execução, chamada Declaração de Paris, que estabelece três metas (figura2) (UNAIDS, 2015).

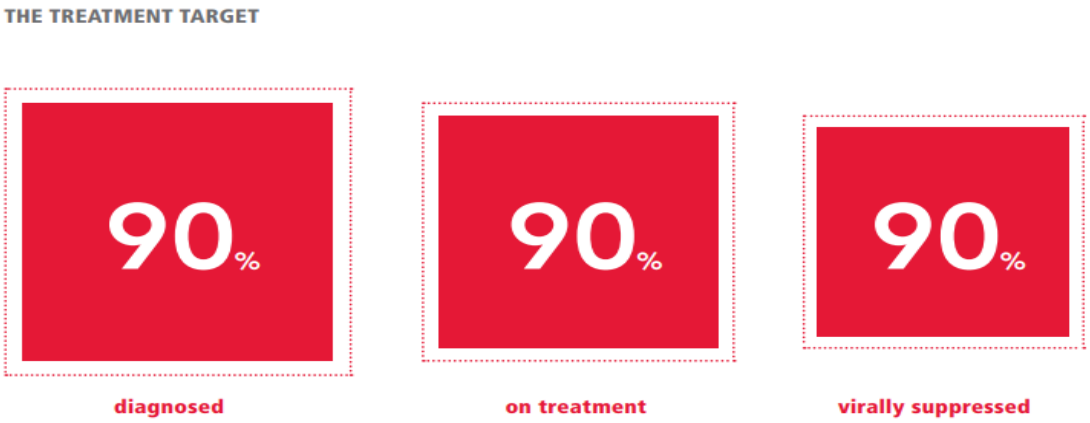

Figura 2 - Declaração de Paris, meta 90-90-90 (UNAIDS, 2015).

Fonte: 90-90-90 Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS.

Conforme apresentado na figura 2, as três metas versam sobre a ampliação do diagnóstico para 90% das PVHIV, uso da terapia antirretroviral sem interrupções para 90% e da supressão viral em 90% dos casos (UNAIDS, 2015).

Destaca-se a importância da atenção básica por se tratar da “porta de entrada” para, principalmente, o alcance da primeira meta de que o HIV seja diagnosticado. É necessário que esses profissionais estejam bem preparados para acolher e fazer vinculação assertiva, objetivando que o transcorrer do processo assistencial seja efetivo (UNAIDS, 2015).

Esse importante documento da UNAIDS, além de explicitar sobre como desenvolver ações para alcançar as metas estabelecidas, demonstra os avanços que a TARV trouxe para as PVHIV. Detalha os desafios para favorecer acesso às populações-chave, vencendo a barreira do preconceito e do estigma, o custo envolvido em todo processo e, assim como os estudos que, científica e

matematicamente, fortalecem que é possível alcançar as metas propostas, cujo objetivo maior que é pôr fim à epidemia de AIDS até 2030 (UNAIDS, 2015).

Observa-se que, desde a descoberta até a epidemia da aids na década de 1980, houve um significativo avanço científico, com o desenvolvimento de tratamentos medicamentosos específicos, o que resultou no aumento da sobrevida dos indivíduos infectados com o vírus (SZWARCWALD; CASTILHO, 2011).

No Brasil, o "Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em adultos" (PCDT) traz um conceito denominado "Cascata de Cuidado contínuo do HIV" que tem sido aplicado para monitorar os cuidados prestados às PVHIV (Figura 3).

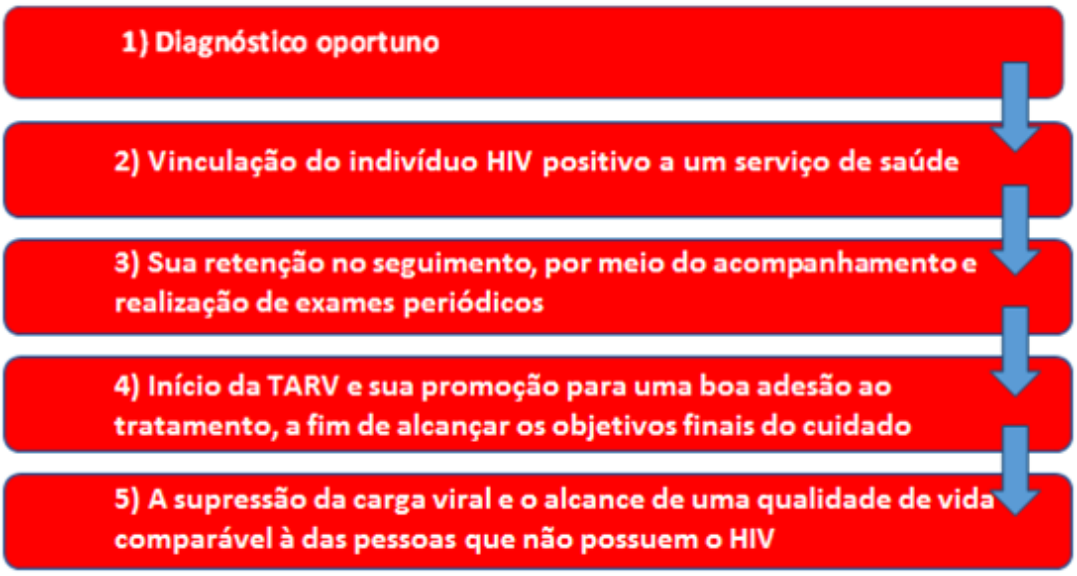

Figura 3 - Cascata de Cuidado Contínuo do HIV (BRASIL, 2018).

Fonte: Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.

Essa cascata contribui de forma ímpar para que os profissionais de saúde tenham um direcionamento dos pilares que sustentam o tratamento e os cuidados em geral. Auxilia também na construção conjunta do Plano Terapêutico Individual o qual traz consigo o foco na singularidade e o objetivo principal pela vinculação, pela adesão, retenção e pela supressão da carga viral para proporcionar qualidade de vida às PVHIV (BRASIL, 2018).

O PCDT traz um aspecto importante que, até o ano de 2014, não se aplicava: "O início imediato da TARV está recomendado para todas as PVHIV, independentemente do seu estágio clínico e/ou imunológico". Inclusive sinaliza que,

na impossibilidade de realizar o exame para contagem de células TCD4, não se deve adiar o início do tratamento. Descreve também a importância de viabilizar e de priorizar a TARV para casos específicos com gestantes, já diagnosticados com coinfecções e com risco cardiovascular elevado (BRASIL, 2018; WHO, 2015).

Esse protocolo foi implantado com base em evidências de vários estudos, segundo as quais, o início precoce de TARV reduz significativamente a mortalidade, a progressão da doença e a incidência de infecções oportunistas (BRASIL, 2018).

No Brasil, o Ministério da Saúde publicou a Nota informativa nº 5/2019, que esclarece sobre o conceito do termo Indetectável =Intransmissível (I = I) para as PVHIV que estejam em tratamento e com carga viral do HIV indetectável há pelo menos seis meses. Destaca-se que o documento divulgou evidências científicas em todo o mundo, afirmando que PVHIV em uso de TARV e com carga viral indetectável há pelo menos seis meses não transmitem o vírus HIV por via sexual (BRASIL, 2019).

Utilizando o consenso do termo Indetectável = Intransmissível, enfatiza-se que é importante no enfrentamento do estigma e do preconceito, porém reforçam as estratégias do uso do preservativo, a TARV em seu processo de adesão e toda prevenção combinada como fundamentais para o combate ao HIV, IST e Hepatites Virais. Descreve também o papel educativo dos profissionais de saúde no esclarecimento às PVHIV (BRASIL, 2019).

2.5 Implicações Do Viver Com HIV

Com o avanço da TARV, o declínio na incidência de doenças indicativas de aids e a redução das mortes torna-se perceptível a cronicidade da doença, tornando o enfrentamento um grande desafio para as PVHIV, sobretudo no que se refere ao estigma e à discriminação. Alguns estudos analisam os fatores relacionados com a qualidade de vida de idosos vivendo com HIV/AIDS e apontam que o déficit de qualidade de vida não está ligado apenas às mudanças físicas, mas às angústias e ao estigma relacionado ao HIV/AIDS (CALIARI *et al.*, 2018).

Essa complexidade instigou pesquisadores a investigar um conceito ainda mais amplo que é a qualidade de vida dessas pessoas, principalmente no processo

de envelhecimento, o qual não se levava em consideração no início da epidemia devido ao alto índice de mortes por aids (CALIARI *et al.*, 2018).

A palavra estigma origina do grego, *stizein,* que significa uma marca colocada nos escravos para identificar sua posição na estrutura social. Em conjunto, têm-se o conceito de estigma social de que, segundo Erving Goffman, “a situação do indivíduo que está inabilitado para aceitação social plena”. Esse conceito traz forte contexto de depreciativo e desonroso atribuído a um indivíduo (GOFFMAN, 1981; GASTALDO, 2008).

Dentro do contexto apresentado, alguns autores discutem que o processo de estigmatização é o reconhecimento da 'marca' que diferencia e desvaloriza a pessoa (CORRIGAN; WATSON, 2006).

Desse modo, é válido mencionar que o estigma tornou-se alvo prioritário de pesquisas pela OMS, uma vez que este pode ser tão danoso quanto a própria doença. Estratégias são utilizadas pelas PVHIV para evadir-se do estigma estabelecido pela sociedade frente à infecção (ANDRADE; IRIART, 2015).

Por isso, é necessário que o profissional de saúde esteja preparado para a abordagem ao usuário, como também para estabelecer um vínculo para gerar confiança e adesão ao tratamento dentro de toda complexidade com que este se apresenta: dinâmico, multifatorial e em constante processo de mudança. Todos esses pilares vão fortalecer a construção de um plano assistencial individual de enfermagem (COSTA; MEIRELLES, 2019).

Dessa forma, esse estudo tem como objetivo analisar as crenças em saúde de pessoas que vivem com o HIV em tempos da pandemia da COVID-19 toda complexidade que a doença traz como desafios, adversidades, crenças e sentimentos.

Objetivos

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo geral

Analisar as crenças em saúde de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da pandemia da COVID-19.

3.2 Objetivos específicos

- Caracterizar as pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana, segundo informações sociodemográficas, comportamentais e clínicas;
- Identificar crenças de suscetibilidade, de gravidade, de benefícios e de barreiras percebidas para a prevenção e para o tratamento, relacionados ao HIV;
- Analisar a crença de susceptibilidade percebida decorrente da associação do HIV com a pandemia da COVID-19;
- Conhecer as percepções das PVHIV acerca do apoio e a satisfação com a assistência recebida.

Referencial Teórico

4 REFERENCIAL TEÓRICO

O comportamento das pessoas frente às doenças é investigado com suas diversas variáveis. O chamado “Modelo de Crenças em Saúde” (MCS), desenvolvido por psicólogos por volta dos anos 1950, como preditor do comportamento preventivo, traz um olhar sobre quatro dimensões definidas por Rosenstock (1974): a susceptibilidade percebida, a gravidade percebida, os benefícios percebidos e as barreiras percebidas.

A susceptibilidade percebida está relacionada à percepção do risco subjetivo de contrair uma doença, ou seja, como a pessoa sente ou percebe esse risco. A Gravidade percebida refere-se à perturbação emocional ao pensar na doença e o entendimento sobre as consequências da doença. Os benefícios percebidos estão relacionados às ações e às consequências positivas em relação à saúde. Por fim, as barreiras percebidas que são as dificuldades encontradas frente ao processo de adoecimento (DELA COLETA, 2003).

O MCS também comtempla a dimensão relacionada aos estímulos, sejam eles internos ou externos, que desencadeiam ações, que determinam o comportamento das pessoas. Refere que a percepção sofre influência direta de fatores modificadores, que são variáveis psicossociais: personalidade, classe social; demográficas: sexo, idade; e estrutural: conhecimento prévio da doença (ROSENSTOCK, 1974).

Nesse estudo, Rosenstock já sinalizava que outras variáveis “pistas para agir” e outra de caráter motivacional completariam o Modelo de Crenças em Saúde, porém ainda não testadas, ou seja, em fase de estudos. Em 1984, Janz e Becker trouxeram o Modelo de Crenças em saúde a partir de seis determinantes do Comportamento de Saúde. Nesse modelo estão incluídas, além das quatro dimensões descritas por Rosenstock, outras duas variáveis: Pista para ação e Autoeficácia percebida.

A pista para ação é descrita como as estratégias, os eventos ou as estruturas que incentivam a pessoa a agir, favorecendo a adesão a um tratamento ou ao seguimento de alguma ação aconselhada. Envolve as experiências pessoais e o apoio que receberam para que a ação acontecesse. A autoeficácia percebida aponta o que seria a confiança da própria pessoa em sua capacidade de realizar ações

aconselhadas para a doença. Na autoeficácia, a pessoa identifica seu potencial em realizar as mudanças necessárias para o cuidado com a saúde. Portanto as variáveis incluídas no modelo seriam os chamados “gatilhos”, estímulos internos e externos, de que o indivíduo se apropria para realizar sua ação baseada nas crenças de saúde que experimenta (JANZ; BECKER, 1984).

Após esse estudo, vários outros surgiram aplicando o Modelo de Crenças com aplicações para avaliar comportamentos de riscos à saúde como hábito de fumar, consumo de bebida alcoólica, dieta, atividade física e comportamento sexual. Outra área em que o modelo foi aplicado se refere ao cumprimento de medidas de saúde recomendadas quando exposto a uma determinada doença crônica como hipertensão e diabetes, o que evidenciou ser uma teoria útil para identificar crenças e para detectar comportamentos de saúde (CONNER; NORMAN,2017)

Para a adoção de comportamento preventivo, é preciso que a pessoa acredite que é susceptível, tenha conhecimento das alterações e das implicações da doença em sua vida e execute ações com o objetivo de transpor as barreiras negativas (NEVES; GIR, 2006).

Utilizado em um estudo com mulheres soropositivas, permitiu analisar os comportamentos em cada dimensão do modelo de crenças. O discurso obtido e descrito nesse estudo permitiu identificar as vulnerabilidades, a susceptibilidade aos riscos e as atitudes frente às situações. A aplicabilidade do método qualitativo ao modelo de crenças proporciona ao enfermeiro a apropriação de um instrumento que permite identificar aspectos biopsicossociais para construir e para prestar assistência de forma singular e holística (GIR; ZAGO; DUARTE, 1998).

Outro aspecto presente no Modelo de Crenças refere-se à espiritualidade e à religiosidade. A religião influencia diretamente na qualidade de vida das PVHIV. Contribui de forma significativa no processo de adesão ao tratamento, na interação social e no enfrentamento de questões cotidianas (GUILLEN, 2014).

Conforme apontado por Moreira, Santos e Caetano (2009), esse modelo apresenta-se extremamente relevante como referencial teórico-metodológico no contexto de um estudo sobre adesão ao tratamento em hipertensos. Descreve que o MCS auxilia no entendimento de como as pessoas aceitam as orientações sobre saúde e adotam mudanças de comportamento frente às doenças. Adota um modelo experimental com aplicação de estímulo externo como intervenção em seu estudo

em forma de oficinas para motivar a ação das pessoas, obtendo grande êxito no estudo.

A alta relevância do conhecimento acerca do tema IST/HIV e o efetivo comportamento preventivo levaram os autores a realizarem um estudo com adolescentes em Fortaleza, CE, testando suas percepções de vulnerabilidade a partir do Modelo de Crenças. Relata que a utilização do MCS auxilia no desvelar das barreiras percebidas que impedem um comportamento preventivo frente à IST/HIV (SANTOS *et al.*, 2010).

Para que a efetiva mudança no comportamento aconteça, é necessário que a pessoa valorize os benefícios que essa atitude traz para sua vida, ou seja, acredite que é possível minimizar a suscetibilidade da doença. Chama a atenção para a singularidade, a participação ativa da pessoa no processo de saúde/doença e a complexidade, relacionadas à adesão ao tratamento (PIRES; MUSSI, 2008).

A fim de analisar as crenças de pessoas vivendo com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da pandemia da COVID-19, utilizou-se esse referencial para subsidiar a análise qualitativa do presente estudo. As ações e o comportamento determinam sucesso da prevenção e do tratamento. O entendimento de todo o processo vivenciado individualmente é um facilitador para a construção de um plano de cuidados focado na integralidade e no respeito. A percepção das PVHIV acerca do diagnóstico e das implicações em suas vidas são imprescindíveis para traçar uma assistência individualizada e direcionada às necessidades dessa população.

Métodos

5 MÉTODOS

5.1 Tipo e local do estudo

Trata-se de um estudo transversal, descritivo, de abordagem qualitativa que foi realizado a partir de fonte secundária de informações (prontuário) e entrevistas junto às PVHIV, usuárias de um Serviço Especializado em IST/AIDS, denominado CTA/SAE de um município do interior de Minas Gerais.

O referido serviço presta atendimento desde 2005 e é considerado referência para a microrregião, que corresponde a 12 municípios, com uma média de 220.000 habitantes. Oferece aconselhamento, testagem, tratamento e ações educativas em IST/AIDS. Está vinculado à Secretaria de Saúde Pública do município. Possui 339 PVHIV cadastradas em acompanhamento e em TARV, consideradas, assim, a população ativa, segundo dados do Sistema de Controle Logístico de Medicamentos (SICLOM), referente ao ano de 2019. O CTA/SAE oferece atendimento de segunda a sexta-feira das 7 às 17 horas. Possui em sua equipe dois médicos, sendo um coordenador e assistencial clínico e outro, assistencial infectologista; um enfermeiro; dois psicólogos; um farmacêutico responsável pela Unidade Dispensadora de Medicamento (UDM); um técnico de laboratório e um técnico administrativo.

Com a inclusão do médico infectologista no ano de 2017, o CTA/SAE passou também a oferecer assistência integral às pessoas que vivem com hepatites virais que anteriormente eram referenciados para outro município da macrorregião.

5.2 População do estudo

Foram convidadas a participar da pesquisa as PVHIV que buscaram atendimento no referido serviço CTA/SAE, a população ativa que frequenta o serviço, no período definido para a coleta. O estudo, portanto, propôs investigação a partir de uma amostra por conveniência, conforme os seguintes critérios:

- Critérios de inclusão: Ter idade superior a 18 anos, e ter ciência do diagnóstico confirmado de HIV há no mínimo 6 meses;
- Critérios de exclusão: População privada de liberdade e gestante.

Para o estudo qualitativo, o número de participantes foi definido com base no critério de saturação teórica dos dados para o alcance dos objetivos do estudo (FONTANELLA; JÚNIOR, 2012).

5.3 Coleta de dados

Os dados foram coletados no período de julho a agosto de 2020, por meio de consulta aos prontuários e de entrevistas aos usuários atendidos no serviço especializado. A coleta dos dados das etapas quantitativas e qualitativas aconteceu de forma concomitante, ou seja, coleta dos dados em uma oportunidade, chamada Estratégia Aninhada Concomitante. Essa metodologia possibilita que o pesquisador possa visualizar um cenário mais amplo com a utilização de métodos diferentes (CRESWELL, 2007).

Utilizou-se um instrumento para coleta dos dados elaborado pelo pesquisador e submetido à validação por três expertises na temática quanto à forma e ao conteúdo. Também foi desenvolvida uma etapa inicial piloto com cinco PVHIV visando avaliar a aplicação do instrumento para a coleta de dados (Apêndice A).

As informações coletadas no estudo consistiram de variáveis sociodemográficas (idade, sexo, orientação sexual, município de residência, data nascimento, estado civil); variáveis individuais / comportamentais (tipo e número de parceiros, riscos de exposição e uso de preservativo) e variáveis clínicas (tempo de diagnóstico, uso e tempo de tratamento com antirretrovirais, CD4 e carga viral do último exame registrado em prontuário).

Para a coleta de informações referentes aos exames laboratoriais, bem como datas e valores de CD4 e carga viral, medicamentos utilizados e internações anteriores, realizou-se uma consulta aos prontuários dos participantes do estudo. E, para obter os dados do número de retirada de ARV nos últimos 12 meses, utilizou-se

o SICLOM, banco de dados oficial do MS. Essas consultas se efetivaram em local apropriado e reservado. A seguir, apresentam-se os critérios e definições utilizados:

- Tempo de diagnóstico de HIV: foi considerado o registro no prontuário referente à data do primeiro exame positivo para HIV;
- Tempo de acompanhamento laboratorial: foi considerada a data do primeiro exame laboratorial de monitoramento, T-CD4+ e Carga Viral, registrada no prontuário do participante;
- Tempo de tratamento: para obter o tempo de tratamento, foi levada em consideração a data da primeira prescrição médica de TARV registrada no prontuário, indicando, assim, o início do tratamento do HIV;
- Valores de monitoramento dos marcadores T-CD4+ e Carga viral: para obter os valores dos marcadores T-CD4+ e Carga viral, foi considerado o último exame realizado pelo participante e registrado no prontuário, ou seja, o mais atual.

As entrevistas contaram, ainda, com as seguintes questões norteadoras sobre Crenças em Saúde e as experiências de PVHIV: Que riscos a infecção pelo HIV pode te oferecer? Que riscos a pandemia da COVID-19 pode te oferecer? Como você entende a gravidade da doença aids? Que medidas/atitudes você entende que uma pessoa com HIV precisa tomar para ter uma vida sob controle? Que barreira/dificuldade a pessoa com HIV enfrenta no dia a dia? Qual(quais) pessoa(s) é(são) seu principal apoio na presença de qualquer dificuldade?(Ligação/parentesco) O que você acha sobre a assistência que você recebe aqui na unidade?

As entrevistas foram gravadas com o auxílio de um aparelho de *smartphone* e, após, transcritas na íntegra. Foram desenvolvidas em local apropriado, privativo, respeitando-se a rotina e o funcionamento do serviço, bem como as determinações sanitárias referentes à pandemia da COVID-19: mantido o distanciamento de 2 metros; sistemática higienização das mãos e dos objetos da sala e o uso obrigatório de máscaras por ambos, pesquisadora e participante. Os participantes foram abordados pela pesquisadora no dia da consulta médica, de exames de rotina e/ou no momento de entrega de medicamentos de uso contínuo, respeitando-se a disponibilidade e o aceite em participar da pesquisa.

5.4 Análises dos dados

Dados quantitativos: Os dados coletados foram organizados e digitados em uma planilha do Programa Microsoft® Excel for Windows. Em seguida, fez-se a segunda digitação, para fins de validação interna, visando diminuir eventuais erros de digitação. Adotou-se o *software* IBM® *Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)* versão 21.0 para a realização das análises dos dados, mediante estatística descritiva com cálculos de frequência absoluta e relativa e medidas de tendência central.

Dados qualitativos**:** As entrevistas foram transcritas e, posteriormente analisadas com base na análise de conteúdo indutivo (BRAUN; CLARK, 2006), seguindo as seguintes etapas: aproximação e transcrição dos dados, codificação sistemática das falas mais relevantes, agrupamento dos códigos em temas, elaboração do mapa de análise, nomeação dos temas e análise final.

A partir do MCS de Rosenstock as falas foram analisadas dentro das categorias pré definidas : Susceptibilidade percebida frente ao HIV; Susceptibilidade percebida relacionada à COVID-19; Gravidade percebida frente ao HIV; Benefícios Percebidos; e Barreiras percebidas.

Com o objetivo de complementar e de validar os dados obtidos, empregaram-se as técnicas de diário de campo e a observação participante.

5.5 Aspectos éticos

A pesquisa, bem como a inserção do pesquisador no local de estudo, foi devidamente autorizada pela coordenação e responsável legal do Serviço de Atenção Especializada em HIV/AIDS e da Secretaria Municipal de Saúde através de documento registrado junto a o Comitê de Ética e Pesquisa da EERP/USP (Anexo A).

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética e Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, n° do parecer CAAE: 31542820.3.0000.5393 (Anexo B). Todos os participantes assinaram e receberam

cópia do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE), mediante o esclarecimento da pesquisa. Garantiu-se o direito à recusa de participação a qualquer momento, ou seja, retirar o TCLE, em quaisquer das fases da pesquisa, sem prejuízo ao participante (Resolução CNS 510/2016, Artigo 4°) (Apêndice B).

A coleta foi realizada somente pela pesquisadora principal. A confidencialidade da identificação foi garantida pelo pesquisador principal, pelas técnicas de levantamento e pelo armazenamento dos dados. Para o anonimato, foi utilizado um código alfanumérico (P- participante) mediante a ordem de participação.

Como benefício, este estudo proporcionará ao participante acesso a informações e a cuidados com a saúde. Também terá oportunidade de contribuir para o direcionamento dos cuidados com a sua saúde e com a de outras pessoas que vivem com HIV em sua comunidade e na sociedade (Resolução CNS 510/2016, Artigo 2º, Inciso III).

Resultados

6 RESULTADOS

6.1 Caracterização sociodemográfica, comportamental e clínica das PVHIV

Do total de 339 PVHIV cadastradas no serviço, participaram do estudo 46 PVHIV vinculadas ao cenário da pesquisa. A maioria dos participantes reside no município sede da microrregião 33 (71,7%), enquanto 13 (28,3%) residem nos municípios circunvizinhos. Dentre estes, 31 (67,4%) são do sexo masculino e 15 (32,6%), do sexo feminino. A faixa etária compreendeu pessoas de 18 a 65 anos, com mediana de 43,4 anos, sendo 18,2 a menor e 65,9 a maior. A maior frequência encontra-se na faixa de 35 a 44 anos (39,13%).

Quanto à orientação sexual, 25 (54,3%) se referem heterossexuais; 17 (37%) homossexuais; dois (4,3%) bissexuais e dois (4,3%) transexuais. Ressalta-se que 19 (41,3%) dos participantes declararam-se solteiros; 12 (26,1%) em situação de união estável; sete (15,2%) casados; cinco (10,9%) divorciados/separados e três (6,5%) viúvos. Ainda, quanto à escolaridade, 15 (32,6%) possuem ensino fundamental; 15 (32,6%) possuem ensino médio completo, seguidos de cinco (10,9%) com fundamental incompleto; cinco (10,9%) com superior completo e seis (13%), com pós-graduação.

No que tange à ocupação atual, foram descritos diferentes ramos de trabalho. Os prevalentes foram doméstica, professor e serviços gerais com quatro (8,7%) participantes em cada um deles e os demais, variando de um a dois (2,2 a 4,3%). Quanto à situação de trabalho nos últimos seis meses, houve predomínio do trabalho formal com 16 (34,8%), seguida do profissional autônomo, 14 (30,4 %); desempregado com benefícios totalizaram oito (17,4%) participantes; aposentado cinco (10,9%); com vínculo informal dois (4,3%) e um (2,2%) desempregado e sem benefício.

Quanto à renda mensal, 23 (50%) dos participantes afirmaram possuir renda de um a três salários mínimos; 13 (28,3%), menos de um salário mínimo; oito (17,4%), de 4 a 6 salários mínimos e dois (4,3%), mais de sete salários mínimos. Ao perguntar quantas pessoas dependiam financeiramente dessa renda incluindo o próprio participante, 28 (60,9%) afirmaram que somente ele usufrui dessa renda; nove (19,6%) referiram duas pessoas; cinco (10,9%) sinalizaram três pessoas e quatro (8,7%) responderam quatro pessoas com dependência direta da renda.

Tabela 1. Caracterização dos participantes, segundo variáveis demográficas e individuais. (n=46). Barbacena, MG, Brasil, 2020.

Variáveis	n (%)
Idade (anos)	
18 a 19	01 (2,18)
20 a 24	03 (6,52)
25 a 29	03 (6,52)
30 a 34	02 (4,35)
35 a 39	08 (17,39)
40 a 44	10 (21,74)
45 a 49	06 (13,04)
50 a 54	06 (13,04)
55 a 60	05 (10,87)
60 ou mais	02 (4,35)
Sexo	
Masculino	31 (67,4)
Feminino	15 (32,6)
Orientação sexual	
Heterosexual	25 (54,3)
Homossexual	17 (37,0)
Bisexual	02 (4,3)
Transsexual	02 (4,3)
Escolaridade	
Fundamental incompleto	05 (10,9)
Fundamental	15 (32,6)
Médio	15 (32,6)
Superior	05 (10,9)
Pós-graduação	06 (13,0)
Estado civil	
Solteiro	19 (41,3)
Casado	07 (15,2)
União estável	12 (26,1)
Separado/divorciado	05 (10,9)
Viúvo	03 (6,5)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

No que diz respeito às variáveis comportamentais, estas, por sua vez, apresentam alguns relatos referentes à tomada de decisão frente a situações determinantes quanto a vulnerabilidades. Dentre os participantes, 23 (50%) afirmaram possuir parceiro fixo; 11 (23,9%), parceiros fixos e eventuais; 10 (21,7%), somente parceiros eventuais e dois (4,3%) referiram não possuir parceiro. Ao questionar sobre o número de parceiros fixos e eventuais nos últimos seis meses, 30 participantes, 65,2% afirmaram ter somente um parceiro fixo. Quanto ao número de parceiros eventuais, este variou de um a 30 parceiros nos últimos seis meses, sendo a média de 2 parceiros.

Quanto à sorologia do parceiro fixo, 15 (32,6%) participantes disseram que a sorologia do parceiro é reagente; 11 (23,9%), não reagente e oito (17,4%) relataram que o parceiro não sabe a sorologia, não testou.

Sobre o uso de preservativo nas relações sexuais com parceiro fixo, 15 (32,6%) afirmaram que usam sempre; 12 (26,1%) nunca usam; sete (15,2%) usam às vezes e 12 (26,1%) não possuem parceiro fixo. Em relação ao uso de preservativo com parceiro eventual, 27 (58,7%) afirmaram que não possuem parceiro eventual; 12 (26,1%) usam sempre; cinco (10,9%) usam às vezes e dois (4,3%) nunca usam preservativo.

Em relação ao diagnóstico de outras IST nos últimos 12 meses, 38 (82,6%) afirmaram não tinham IST e somente oito (17,4%) apresentam uma IST nos últimos 12 meses, dentre as quais, estão: sífilis, três (6,5%); HPV, dois (4,3%); candidíase, candidíase com monilíase esofageana e condiloma, um (2,2%) cada uma delas, respectivamente.

Alguns hábitos comportamentais como o uso de cigarros, de álcool e de drogas foram investigados. Dentre os participantes 21 (45,7%) referiram consumo de cigarros, sendo que a quantidade diária foi assim mencionada: 12 (26,1%) até 10 cigarros; sete (15,2%), de 10 a 20 cigarros e dois (4,3%), mais que 20 cigarros. Quanto à bebida alcoólica, 33 (71,7%) afirmaram o uso e 13 (28,3%) informaram não consumi-la. Dentre os que usam, 11 (23,9%) relataram consumo de uma vez ao mês; 11 (23,9%), uma vez por semana e 11 (23,9%), duas vezes por semana. Quanto ao uso de drogas, 22 (47,8%) afirmam que nunca usaram drogas ilícitas; 13 (28,3%) não usaram nos últimos 12 meses e 11 (23,9%) usam rotineiramente. Não houve relato do uso de drogas injetáveis ao investigar o tipo de droga consumida e os demais que referiram consumo verbalizaram maconha, cocaína e ecstasy.

Ao questionar ao participante: “por que você está aqui no serviço hoje?”, 23 (50,0%) responderam que foram para uma consulta médica para avaliação de rotina; seis (13%), para uma consulta médica devido a um problema novo; cinco (10,9%), devido a um problema recorrente; cinco (10,9%), para a retirada de medicamentos; quatro (8,7%), para a realização de exames e três (6,5%), para outras demandas.

A respeito da indagação se estavam sexualmente ativos nos últimos seis meses, 37 (80,4%) afirmaram que sim e nove (19,6%) responderam que não.

Ao serem questionados sobre internações hospitalares após o diagnóstico de HIV, 36 (78,3%) dos participantes referiram que não e 10 (21,7%) destes foram internados, sendo que, nos últimos 12 meses, oito (17,4%) foram internados, um participante passou por duas internações e um, por três internações.

Dentre os entrevistados, 46 (100%) relataram uso da TARV. Por meio de busca no sistema SICLOM, evidenciou-se que 21 (45,7%) efetuaram 12 retiradas de nos últimos 12 meses, ou seja, todos os meses sem falhar; 16 (34,8%) retiraram 11 vezes; três (6,5%) fizeram dez retiradas; quatro (8,7%), de seis a nove retiradas e dois (4,3%) realizaram menos de seis retiradas no último ano.

Ao questionar sobre o uso de medicamentos, exceto os ARV, 24 (52,2%) afirmaram que fazem uso de outros medicamentos e 22 (47,8%) usam somente o ARV na rotina diária. Algumas classes medicamentosas apresentaram um destaque quanto ao consumo. Seis participantes afirmaram consumo de antidepressivos; seis, uso de anti-hipertensivos; quatro em tratamento com antimicrobianos; três consomem benzodiazepínicos e três fazem uso de hipolipimiante. Outras classes de medicamentos foram citadas em menor frequência, tais como protetor gástrico, hipoglicemiante oral, antipsicótico, estabilizador de humor e relaxante muscular.

Por meio de consulta aos prontuários dos participantes, foi possível identificar o tempo de diagnóstico pelo HIV com variação entre nove meses a 31 anos e seis meses, com média de 8,4 anos de diagnóstico. Ainda, o tempo de acompanhamento laboratorial variou de oito meses a 20 anos, com média de 6,5 anos de monitoramento; o tempo de tratamento do HIV variou de nove meses a 26 anos e seis meses, com média de 6,7 anos de tratamento.

Quanto ao marcador Carga Viral, 40 (86,96%) dos participantes tinham o resultado inferior a 50 cópias/ml, considerado indetectável; quatro (8,70%), com valor inferior a 199 cópias/ml; um (2,17%), com valor entre 200 a 499 cópias/ml e um (2,17%), com valor acima de 500 cópias/ml. Os valores referentes à carga viral

presente na amostra, variaram de ≤ 50 a 10.985 cópias/ml. Os valores referentes aos Linfócitos T-CD4+ variaram de 127 a 1339 células/mm3, com média de 628,27 células/mm3, conforme descritos na tabela a seguir.

Tabela 2. Marcadores de monitoramento clínico do HIV (n=46). Barbacena, MG, Brasil, 2020.

Marcadores de monitoramento	n (%)
Células T CD4	
0 a 99	00 (0,0)
100 a 199	02 (4,4)
200 a 349	07 (15,2)
350 a 499	08 (17,4)
500 a 999	24 (52,1)
≥ 1.000	05 (10,9)
Cópias de vírus	
≤ 50	40 (86,9)
50 a 199	04 (8,7)
200 a 499	01 (2,2)
≥ 500	01 (2,2)
Total	46 (100,0)

Fonte: Elaborado pela autora (2021).

6.2- Crenças em Saúde

A seguir, são apresentados os resultados referentes às crenças em saúde, distribuídos em quatro categorias: Susceptibilidade Percebida, Gravidade Percebida, Benefícios Percebidos e Barreiras Percebidas. Ainda, são descritos os resultados obtidos quanto ao Apoio e à Assistência às PVHIV.

6.2.1 Susceptibilidade percebida frente ao HIV

Dada a susceptibilidade reconhecida pela literatura frente ao diagnóstico do HIV e mediante ao questionamento do risco de infecção que o HIV pode oferecer, sete dos participantes responderam não haver riscos, enquanto um pequeno número de participantes apresentou dúvidas e relatou que conhece alguns riscos.

Algumas incertezas relatadas por esse pequeno grupo referem-se às possíveis fragilidades já descritas por profissionais de saúde que podem vir a potencializar quadros infecciosos e até mesmo alterações no sistema imunológico quando atitudes como a não adesão ao tratamento e o consumo de bebida alcoólica são praticadas. Os participantes sinalizam que reconhecem alguns riscos quando empregam expressões *como "tenho consciência", "é uma responsabilidade" "alguns eu sei" e "tenho noção"*.

> [...] Alguns eu sei. Se eu não tomar remédio, eu posso, minha carga pode aumentar, entendeu. Pode vir até passar pelo hospital, internação. Mas até agora eu tomo todos os dias (P10).
>
> [...] Completamente, não. Eu tenho a consciência de que eu tenho que fazer o tratamento porque se não pode piorar ficar cada vez pior e talvez levar até à morte futuramente, mas ciência de todos os riscos, não (P11).
>
> [...] Olha, eu sei que a gente se torna mais frágil. Mas a, inclusive até gosto muito de conversar com ele, o Dr. [...], ele disse pra mim que minha imunidade não é baixa. [...] Eu só não estou fazendo uso de bebida alcoólica. Mas não falta vontade, não. Todo mundo diz assim, você tem que saber, eu digo não, eu tenho que desaprender (P12).
>
> [...] Eu tenho uma noção, por exemplo, é uma responsabilidade que eu carrego comigo de ter que tomar e ter a vida em minhas mãos de... depende de minha pessoa pra poder, né, manter essa vida minha através do remédio, né (P13).
>
> [...] Eu acho que sim. Entendo, sim, a questão da infecção e até de questões de que o vírus ainda está nas células. [...] Que também não haja remédio ou outros coquetéis pra ver isso. [...]Fora disso, eu tenho que pra mim mesmo a responsabilidade de me proteger e de certa forma proteger quem não soubesse do meu status (P21).

> [...] Eu acho que é que nem ele falou pra mim. Eu tomo muito cuidado pra não dar pneumonia. [...] Quer dizer que, se eu pegar essa doença, ele vai suspender o meu tratamento e, no caso, vou tratar dela e, no caso, vou começar tudo de novo. Aí pra mim vai ser horrível, né? Porque é muito comprimido que você toma (P24).
> [...] Mais ou menos. Porque eu não procurei nem saber essas coisas direito. Não quis nem saber (P27).

Alguns dos participantes revelaram-se como conhecedores dos riscos devido à profissão que exercem, ao buscarem informações via internet, em consultas às equipes especializadas e por outros meios. Dessa forma, é possível identificar o interesse das pessoas acerca da doença e a escolha pela busca do conhecimento mesmo aqueles que já tem um conhecimento parcial.

> [...] Entendo. Eu trabalhei de enfermeiro, auxiliar de enfermagem, muito tempo (P07).
> [...] Sim. Sou farmacêutico (P08).
> [...] Sim, às vezes, eu pesquiso na internet alguns desvios (P15).
> [...] Perfeitamente, sou um estudioso. Estudo todas as possibilidades, mas sem a dramatização. Eu acho que o que me trouxe bem e saudável até agora é não dramatizar. Então, não dramatizando, você fica mais focado no que que o sistema oferece pra você de recurso (P20).
> [...] Claro. Por isso que estou sempre em contato com os médicos, faço as coisas todas porque eu sei dos riscos. Da patologia clínica do HIV. Mas, assim, até no dia de hoje tô tranquilo (P22).
> [...] Entendo, sim. Lógico. Leio tudo (P35).
> [...] Pesquisei algumas informações (P46).

Alguns discursos trazem, não só o conhecimento dos riscos do HIV, mas também os cuidados com a saúde e medidas de prevenção que as PVHIV empregam em sua rotina diária. Nota-se um destaque para a temática sobre imunidade alterada que é interpretada por muitos como o principal risco.

> [...] Tenho. Questão de se eu não tomar o remédio direito pode agravar outras doenças. Tem tipos de câncer que é um pouco mais raro nessas pessoas. Minha imunidade, por mais que eu seja indetectável hoje em dia, pode ser sempre um pouco mais baixa,

gripar com facilidade. A questão de fumar também, é claro, que se eu quiser ter uma saúde boa eu tenho que parar. Bebida alcoólica... (P14).

[...] Sim. Não tomando o medicamento o ARV, eu posso sair da condição de não detectável e posso transmitir para meu parceiro (P18).

[...] Entendo, me cuido... Risco pelo que eu entendo do HIV é que ele é uma doença que se aproveita de outra, né. Então, tem que estar muito bem com minha saúde, estar sempre atento, como nessa pandemia. Porque isso pode a vir me prejudicar, entendeu? Então são cuidados que, a partir dessa data, eu passei a tomar (P19).

[...] Sim. Uma má alimentação minha imunidade pode baixar, se eu não me cuidar com medicamentos, eu sei que posso a vir ter outros problemas, resultante da saúde né, por causa do vírus. Então, geralmente é isso (P25).

[...] Eu sei que por causa dos remédios serem muito forte, por isso faço acompanhamento de seis em seis meses, a questão pode trazer problemas de rins, porque são remédios muito fortes, são drogas muito fortes. Então, eu tento me manter tomando os remédios normalmente por causa disso [...], por exemplo, os cinco anos que venho fazendo normal, dependendo de três ou quatro meses, eu volto a minha imunidade lá em baixo. Tipo assim, o meu medo é a imunidade (P28).

[...] Eu imagino assim. Eu estou bem mais propício a pegar alguma doença. Por exemplo, uma pneumonia, uma doença do fígado, essas coisas assim que passaria batido em uma pessoa saudável e não chega a passar. Eu até não tive nada. Mas sei que posso passar (P33).

[...] A única coisa que eu sei é que não posso ficar muito descalço, referente ao frio não posso ficar muito descoberta. Por causa do HIV, da imunidade baixa, posso pegar um resfriado, tal, imunidade pode cair. Acidentes e qual outra coisa que pesquisei também, referente também a machucado, essas coisas, alicate, referente a medicamento sem receita médica, que pode prejudicar no coquetel, algumas coisas assim (P46).

Muitos participantes relataram, ainda, conhecer o risco da infecção pelo HIV. Ao estabelecer uma relação desse risco com a possibilidade da evolução do HIV/AIDS e exposição a outras doenças, referem medo e risco de morte.

> [...] Sim. Eu posso evoluir a morte se eu não tratar (P02).
>
> [...] Sim. Chegar à aids. Eu acho que ela é tipo fatal. Deus que me livre. Eu morro de medo de chegar a evoluir pra aids e acho que depois que chega nela, o médico diz que tem como voltar atrás, mas acho que não, você vai morrer mesmo (P03).
>
> [...] Riscos? Sem medicamento, qualquer gripe que eu pegar eu vou morrer (P16).
>
> [...] Entendo que na minha posição qualquer infecção ou coisa que eu pegar, pra mim é mais perigoso. Eu corro mais risco do que uma pessoa normal (P30).
>
> [...] Se não cuidar, eu sei é caixão e vela preta (risos). A morte na certa. Parou de tomar vai já embora (P31).
>
> [...] Sei que pode me matar, só. Eu nem procuro muito saber. Só quero tomar meu remédio e pronto (P32).
>
> [...] Já, já vi muita gente até morrer. Mas durou pouco tempo. Eu já tenho mais de dez anos e tô aí (P34).

6.2.2 Susceptibilidade percebida relacionada à COVID-19

Tendo em vista o cenário de pandemia durante a coleta de dados, ainda dentro da dimensão de susceptibilidade, os participantes foram questionados sobre os riscos que a pandemia da COVID-19 poderia oferecer. Assim, a partir da análise dos dados produzidos, os relatos permearam desde o total desconhecimento por pequena parte dos participantes até à ciência do risco reconhecido no discurso dos participantes, incluindo busca por informações, reavaliação da condição atual de saúde, reflexão de comorbidades pré-existentes, exposição a riscos adicionais como ramo de trabalho e convivência familiar, conforme demonstrado nas falas a seguir:

> [...] Sim. E ainda por cima tenho asma. É tudo que preciso. HIV, hipertenso, diabético e asma. [...] Eu tenho medo. E ao mesmo tempo não. Porque eu me cuido. Na minha cabeça, eu me cuido. Eu

> consigo observar, por ser professor, eu lido com, adolescente, eu lido com adulto o dia inteiro, um monte de gente, então eu sou obrigado a procurar saber como que é. Pra eu saber informar. Não são eles, eu que tenho que saber. No início, eu fiquei preocupado com isso. Eu fiquei com medo: Meu Deus, se eu pegar COVID? [...] Eu estava com medo no começo da pandemia. Eu fiquei umas duas horas de preocupação, mas passou. Meus momentos são assim, curtíssimos, tenho momentos de ansiedade, mas passou. Eu fui imediatamente pesquisar e verificar se existia uma relação direta sobre isso e depois o que pesquisei é que não existe uma relação direta (P05).
>
> [...] Todos e mais alguns que você pode imaginar. Nem sei. Você só não pode respirar. O resto você pode (risos)" (P07).
>
> [...] Muitos. Porque existe muitos problemas respiratórios. Então, assim, eu já tenho rinite alérgica, sinusite, então se eu pego um vírus desse eu sei que vou parar no hospital. Por mais que eu tomo meus remédios. Vai ser bem mais perigoso. Mais difícil fazer o tratamento (P10).
>
> [...] Sei porque ela é uma situação que mexe muito com o pulmão, falta de ar e o que me levou à internação foi isso. Então, assim, eu sou bem consciente que a COVID é outro vírus muito violento (P30).
>
> [...] Não. Eu sei que pra gente é pior por causa do pulmão, né. Que eu vejo muita reportagem na televisão que ataca. Mas como eu cuido muito. Sou uma pessoa muito reservada. Eu sou assim, se tem que fazer então vou fazer certo. Nunca parei o tratamento desde que comecei e tô até hoje. Graças a Deus não tive reação nenhuma (P34).

Outros participantes verbalizaram que o risco tem influência para si, principalmente quando relacionado à imunidade alterada das PVHIV. Alguns participantes chegaram a usar o termo "grupo de risco" para exemplificar, demonstrando, assim, determinado conhecimento acerca da vulnerabilidade encontrada diante do diagnóstico e da pandemia.

> [...] Eu tenho a consciência de que eu tenho uma imunidade mais frágil que as outras pessoas, então eu tenho que ter um cuidado maior, vamos dizer assim (P11).

> [...] Bom, é uma doença que está matando todas as pessoas, né, a gente que tem HIV, está no grupo de risco, eu imagino, então, é muito difícil quem já tá com um problema, já tem que aprender a lidar, lidar com isso todos os dias, e aí acontece uma pandemia (P14).
>
> [...] Sei lá, acho que corro mais risco por causa da imunidade (P15).
>
> [...] Sim, se eu gripar, deu ruim, minha imunidade abaixa (P16).
>
> [...] Com certeza, né. E a gente fica com muito medo. Por ser grupo de risco, porque a gente tem. Eu trabalho. Lido com povo, mercado, muita gente vai, mas sempre usando máscara. Então, eu evito, mas é muito perigoso. A pessoa tem que cuidar (P29).
>
> [...] Sim. Eu sei que sou grupo de risco (P38).
>
> [...] Entendo. Eu até me isolo um pouco, porque por ser grupo de risco, né, a idade, hipertensão e também a imunidade um pouco abalada. Eu entendo (P41).
>
> [...] De que a pessoa que tem HIV e tá com a imunidade baixa, é mais fácil de pegar. Tem que se manter mais distante e ficar mais isolada (P46).

Ainda, alguns expressaram que não só reconhecem o risco como também aplicam medidas preventivas rigorosas no cotidiano na tentativa de se proteger da infecção pela COVID-19. Em um relato, é possível identificar a experiência do HIV como um preparo para a pandemia, no sentido da proteção e dos cuidados, com o objetivo de prevenção de outras doenças e da transmissão, já eram realizados previamente decorrente do diagnóstico, mas, ainda assim, evidenciando a diferença entre as doenças e forma de contágio.

> [...] Entendo. A gente fica amedrontado porque o HIV ainda tem um privilégio que é detectável, sabe o que é, sabe onde tá e sabe como pega. A COVID não. Então eu encaro com todas as reservas possíveis, os cuidados necessários, todas as precauções necessárias. De uma certa forma, também a experiência do HIV nos traz de uma forma talvez assim mais preparados para uma pandemia como essa. Porque a gente já se reserva, a gente já se protege e protege ao próximo (P20).

> [...] Nossa mãe, essa aí já está deixando a gente de cabelo em pé (risos). Entendo mais ou menos. Lavo as mãos, passo álcool, higienizo tudo que vem da rua (P37).
>
> [...] Entendo. Por isso que fico mais em casa mesmo (P39).
>
> [...] Entendo. Eu faço sempre. Igual na minha casa, a minha filha mais velha, ela lida com o público, porque ela trabalha no mercado, então eu desinfeto a casa, as roupas. Toda hora. Meu pai está com setenta e sete anos, ele é acamado. [...] De vinte em vinte minutos, tá tendo sempre que limpar, higienizar pra não correr nenhum risco. E a minha pequena também, é só doença, ela é asmática, então ela também é de risco. Eu tenho que proteger a família toda (P43).
>
> [...] Posso que eu não entenda tudo, mas o que eu posso eu tento fazer. [...] gente seguiu uma linha dentro de casa que chega, troca de roupa no fundo da horta, aquela roupa é lavada, minha esposa é que lava, mas com todo cuidado e tal, entra pra dentro de casa, desculpe o palavreado, de cueca dentro de casa, e aí vai pro banheiro. Ela limpa banheiro todos os dias (P44).

Contudo, conforme mencionado anteriormente, em uma pequena parcela dos relatos, foi possível identificar um total desconhecimento acerca dos riscos ao qual eram expostos em tempos de pandemia, conforme mostrado a seguir.

> [...] Não sei (P09) (P12) (P23).
>
> [...] Já ouvi falar. Mas não sei (P27).
>
> [...] Não sei quais (risos). Eu acho que não. Sei lá, não muda em nada, não (P32).

Ainda, alguns participantes sinalizaram dúvidas quanto ao risco da COVID-19 ou mesmo acham que não há nenhum risco.

> [...] Pra mim, nenhum, porque minha contagem de CD4 está melhor do que uma pessoa não soropositiva. Pra mim, ela não oferece risco absolutamente nenhum (P08).
>
> [...] Eu acho que não. Como eu leio e estudo muito, eu vi que não tem nenhuma associação da COVID com ter HIV. Como qualquer pessoa, a gente se cuida pra que não tenha, porque senão o vírus, a gente não sabe o que esse vírus pode causar. Então, eu me cuido

> nesse sentido de não contrair esse vírus. Nem pra mim nem passar também pra minha família (P17).
>
> [...] Eu acho que é que nem ele falou pra mim. Eu tomo muito cuidado pra não dar pneumonia (P24).
>
> [...] Pra ser sincero, nem eu sei. Porque é essa questão, a minha imunidade em decorrência do uso do meu medicamento certamente, então eu estou com minha imunidade bem. Agora, o risco se eu vier a contrair, talvez seja isso. Já que ele ataca a imunidade da pessoa, pode ser que ela ajude, né. A doença ajude a eu me curar lentamente ou nem me curar. Mas eu não sei te dizer na verdade (P25).
>
> [...] Vou te falar assim, eu entendo só que, assim, é tanta coisa, tanta informação que a gente escuta, tem hora que a gente acha que é verdade e às vezes não é. Assim, da pandemia, eu ainda tenho muitas dúvidas (P28).
>
> [...] Eu creio que... Não sei se pra gente é pior, por conta do HIV. Mas o que eu sei da pandemia é assim, é uma gripe bem forte, pode atacar os pulmões e pode levar a óbito, né. Então assim corre bastante risco, né? (P36).

6.2.3 Gravidade percebida frente ao HIV

No que se refere ao entendimento da gravidade da doença aids, essa percepção adquire diferentes interpretações para as pessoas. Houve contextos que emergiram independentemente do nível de conhecimento referido, dentre os quais, a importância de manter o tratamento, de impedir a evolução do HIV para doença aids e forte influência das experiências próximas e/ou vivenciadas, o que permite maior entendimento sobre a evolução da doença.

O conhecimento da gravidade é evidente em vários discursos com relatos de potencial agravamento da doença aids. Alguns apontam, ainda, termos técnicos e científicos que denotam compreensão e domínio acerca da temática.

> [...] A gravidade da doença aids eu não conheço pra poder te falar porque eu não cheguei a ter uma contagem de CD4 que me soro

> convertesse a aids. Eu sempre permaneci soropositivo, mas não Aidético [...] Então, quando eu descobri meu diagnóstico positivo, meu CD4 estava me parece, 374 ou 474, não sei, a única coisa que eu tive medo foi quando eu comecei a fazer uso do antirretroviral que eu poderia ter aquela Síndrome Inflamatória da Reconstituição Imune, mas eu também eu não cheguei a ter (P08).
>
> [...] Sim. Até mesmo pra mim. Eu não me tratando eu não tenho vida. Posso vir a óbito por causa da imunidade. E a continuação, se eu não tomar o medicamento, eu posso estar infectando outras pessoas, eu posso estar passando pra outras pessoas sem saber (P25).
>
> [...] Sim. Eu recebo todas as vezes que a gente vem aqui a gente conversa muito sobre isso (P28).
>
> [...] É cadeira de rodas, ficar lento, problemas no cérebro... (P31).
>
> [...] Sim. Aí a contagem de células de CD4 caem abaixo de um nível. Eu não sei qual valor, cada lugar eles consideram um padrão diferente, acho que abaixo de trezentos e cinquenta. Sistema imunológico debilitado, você não tem células CD4 funcionando, não recruta células CD8, adoro imunologia. Mas meus CD4 sempre ficam entre mil e duzentos e novecentos (P40).

Muitos participantes afirmaram que compreendem muito bem a gravidade da aids porque inclusive vivenciaram esses agravos como doenças oportunistas, internações e complicações decorrentes da doença.

> [...] Entendo, de certa forma, sim. Já tive doença oportunista (P02).
>
> [...] Sim. Porque eu tive nela. Eu já comecei com aids. Ele me falou você tem HIV, mas você está com quadro de aids. [...] Então, assim, eu estive na AIDS, então é uma coisa que eu não quero passar por ela novamente. Eu não quero. Eu tenho medo de acontecer. [...] Eu fico pensando... poxa, gente... eu sofri tanto. Eu senti dor. Eu fiquei um palito e sabe todas as coisas ruins que a doença traz que... Eu falei, gente, eu não quero viver com isso. Isso me incomoda. Dor, incômodo, a pele, tudo. É uma doença muito cruel. É muito cruel (P05).
>
> [...] Sempre tive muita manifestação de pele. Seja bolinha, coceira, esse tipo de coisa. Sempre foi muita coisa dermatológica. Entendo.

Doenças como câncer, doenças no fígado, em relação, sei lá, se você usa droga, cocaína, seu fígado já vai ficar ruim. Não vai metabolizar o remédio direito. Essas coisas assim e as oportunistas assim, boca, pele, mesmo as sexuais, genital (P21).

[...] Entendo, sim, porque no início, quando fui internado, tive um quadro muito complicado. Eu tive um derrame pleural em decorrência do HIV e da aids. Logo no início. Então, eu imagino que é dali pra pior. Vivenciei inconscientemente, porque eu não sabia que eu estava com HIV (P22).

[...] Entendo porque eu, assim, fui uma sobrevivente. Porque eu cheguei no meu... A minha imunidade chegou a cinco. Então eu tava em fim de linha mesmo. Então, eu sei que eu não posso jamais ficar sem o tratamento. Eu vivi isso (P30).

[...] Claro, Nossa Senhora. Tive Pneumonia (P32).

[...] Entendo. Já aconteceu comigo. Eu senti na pele. Eu parei de tomar. Fiquei muito tempo sem tomar. Fiquei um ano ou mais sei lá. Fiquei com a carga viral muito baixa (refere-se na verdade ao CD4 baixo). Acho que chegou a cinquenta. Eu quase morri. Fiquei muito magra. Muito. Achei que ia morrer. Acho que os médicos que me trataram também eles imaginaram também que eu não ia passar dessa não. Mas, Graças a Deus, eu tô aqui. Foi só imunidade e a perda de peso (P38).

[...] Eu entendo. Eu já tive aids e sei como é que é. Vivenciei. Fiquei desenganado, fiquei 02 meses no CTI, sabe, entubado. Eu tive todas doenças oportunistas: pneumonia, tuberculose, herpes... acho que só. Mas foram tão sérias que me levou ao CTI, né? 35 quilos, muito magro. Escureci muito, perdi os cabelos. [...] Por mais que os médicos falavam, eu não acreditava, porque eu tava palito deitado. Um palito de fósforo queimado, deitado. Cheguei ao fundo do poço (P41).

[...] Eu entendo porque, da vez que eu cheguei a ficar sem andar, eu cheguei no vermelho. Eu não tava tomando o remédio. Por causa da bebida (P42).

[...] Sim. Já cheguei a vivenciar (P43).

[...] Sim. Eu não me recordo datas, lembro que no início tinha o uso de droga. Eu cheguei a ficar internado. Tinha diarreia. Muito magro. Aquela coisa toda. No início, sim (P44).

> [...] Eu tinha muita... de gravidade uma vez foi o olho que ficou muito amarelo. E uma forte dor nas pernas. Tive que trocar medicação (P45).

Os participantes afirmam o que potencial de gravidade da doença os impulsiona para entender que o tratamento é fundamental, demonstrando compreender a importância da adesão aos antirretrovirais como medida essencial para impedir a gravidade da aids.

> [...] Entendo, sim. Eu nunca deixei de tomar remédio, tomo meus medicamentos tudo na hora certa. Sem problema de buscar medicamento sempre antes de acabar o outro. Então, assim, eu tenho uma consciência de que eu nunca vou pode parar (P19).
>
> [...] Ele já explicou que não posso parar, né. Eu não posso. Eu compreendo (P24).
>
> [...] Agora, não posso deixar. Porque é pra resto da vida. Então medicação pra mim é sagrada. Não deixo e não fico um dia sem. Nunca parei. Nunca tive depressão, problema de parar e voltar. Nunca. Tomo direto desde 2006. Desde que eu descobri (P34).
>
> [...] Isso o [...] já me explicou. A imunidade pode ficar baixa e aí qualquer tipo de doença a gente tem mais rápido de pegar, né. Ele me explicou assim: é como se fosse um muro. Você está tomando medicamento, o muro está protegendo o vírus de não passar e não se espalhar. Aí, se você parar, ele vai só diminuindo e tem risco de ter problemas maiores (P36).
>
> [...] Conheço. Por isso que não paro com os medicamentos. Às vezes, penso em parar e deixar isso pra lá. Mas eu não paro não, por causa disso (P39).

Alguns participantes correlacionam a gravidade, tendo a morte como algo inevitável. Tal discurso advém da própria vivência e da evolução de amigos a sua volta que tiveram a morte como consequência da aids.

> [...] Sim. A morte (P04).
>
> [...] As pessoas descuidadas são a pior coisa. Por exemplo, aconteceu comigo e com meus colegas que tomavam droga comigo. Um colega meu casou, juntou com uma menina lá, e acabou que

> eles tiveram filho. Aí a criança morreu, ele morreu, ela morreu. Todos morreram (P07).
>
> [...] Entendo. Quando eu penso em aids, eu penso em uma pessoa magra, extremamente magra em uma cama, esperando a morte. É a única coisa que eu penso (P14).
>
> [...] Muito. Perdi muitos amigos. Muitos amigos. Foi na época de Nova York que não enxergava nem uma luz no fim do túnel. Nem mesmo de um tratamento extensivo. Então eles ficavam: “ahhh, vou morrer de qualquer jeito. Tô quase morrendo, então vou aproveitar a vida”. Então, muitos dos amigos que eu tinha em Nova York, de Nova Jersey, todos eles chegavam a esse ponto de causa perdida (P20).
>
> [...] Morte, né, morreu (P23).
>
> [...] Sim. Risco de vida. O pior de todos. Uma doença oportunista se você pega até tchau, dependendo dela, você não sobrevive, né (P35).
>
> [...] Uma amiga minha, vamos dizer assim, amiga de doença. Ela faleceu há pouco tempo agora e a morte dela não foi muito agradável, não foi muito bonita de se vê não (P43).

Alguns participantes afirmaram não souber informar sobre a gravidade da doença de forma específica, porém parte destes afirma a importância de manter o tratamento e, ainda, outros referiram a morte como um desfecho em algumas experiências próximas em suas vidas, incluindo devido à falta de tratamento, sugerindo, assim, uma gravidade ocasionada pela aids, conforme relatado também por outros participantes de forma direta.

> [...] Não. Eu nunca parei de tomar remédio, não (P09).
>
> [...] Não. Se eu parar o tratamento, eu sei que é uma missão que não vai ter volta. Eu vou morrer (P10).
>
> [...] Não. Nunca parei pra reparar isso, não. Se um dia eu parar de tomar... (P46).
>
> [...] Não. Sei não (P26).
>
> [...] Olha, eu procuro fazer uma coisa assim. [...] minha esposa, eu falo minha esposa, mas já era separado dela, mas nós fomos casados na Igreja e tudo, então pra mim o que Deus uniu o homem não separa. Ela morreu com 34. [...] Então, todo mundo morre mais

> novo. Eu já tenho 62 anos, então, pra mim, eu já sou privilegiado. Assim espero (P12)
>
> [...] Não. Ele falou que é bem perigoso. Mas Graças a Deus eu mantenho tudo certo. Meu marido, eu acho que morreu sem saber. Depois que ele emagreceu muito, deu problema de glicose, tinha glicose muito baixa, ele começou assim. Fez os exames só disso também, do HIV não fez exame, não. Aí, depois que ele faleceu que contaram pra gente (P37).

Poucos participantes afirmaram conhecimento limitado com termos*: "acho", "acredito", "imagino" e "penso"*, sinalizando incertezas quanto à gravidade da doença.

> [...] Não. Mas acredito que é o seguinte, não sei é os glóbulos brancos, vai caindo sua imunidade, aí, seu organismo não consegue mais combater os vírus e os problemas que vão aparecendo, né, acho que abaixo de 200 não sei o que lá... que já começa ficar ruim. E se a pessoa adquirir ou perder abaixo de 100, ela consegue recuperar de novo ou não? Ou fica mais difícil pra ela? Volta de novo? [...] A cura cada vez está chegando mais próxima. Não sei se é cura. Tipo assim a pessoa está com o vírus, mas ele não volta ele está bem bloqueado. Ele fica escondido e não precisa mais tomar o medicamento? (P01).
>
> [...] Então, assim, como eu falei, eu tenho pouco conhecimento, ainda sou pouco leigo no assunto, mas, a meu ver, a pessoa que não faz o tratamento e chega até a aids, ela vai, como se diz, digamos que o vírus, o vírus vai consumindo todo organismo, vai te definhando, vai piorando cada vez mais e isso vai só se agravando assim. Essa é a ciência que eu tenho, não sei se é assim que funciona, mas é o meu ponto de vista, assim (P11).
>
> [...] eu acho que agente... hoje as coisas estão mais tranquilas na minha concepção. Se ter HIV. E já desenvolver pra uma aids eu acho que é só se você não se cuidar, entendeu. Porque acho que o medicamento está tão avançado que só se a pessoa não se cuidar que vai avançar pra uma aids e ter algum problema mais sério (P17).

6.2.4 Benefícios Percebidos

Foi perguntado ao participante: “Que medidas/atitudes que você entende que uma pessoa com HIV precisa tomar para ter uma vida sob controle?”. A crença do benefício leva a pessoa refletir as atitudes que reduzem a susceptibilidade e a gravidade percebida e proporciona desenvolver crença positiva frente à eficácia do tratamento em geral. Os principais benefícios referidos foram o uso assertivo do ARV, a preocupação com outro através do uso do preservativo nas relações sexuais, a escolha por hábitos saudáveis e a restrição de substâncias químicas, a busca por informações confiáveis e o estabelecimento de uma postura positiva e de sentimentos bons.

Quase a totalidade dos participantes apresentou em seus discursos referência ao uso de medicamentos, conforme os discursos apresentados.

> [...] Manter o medicamento na hora certa (P01).
>
> [...] Tomar a medicação assim só mesmo... (P02).
>
> [...] Eu acho que ela tem que tomar os remédios e não esquecer, não falhar (P03).
>
> [...] Porque igual o Dr. Falou: se você seguir o tratamento, você vai ficar indetectável (P05).
>
> [...] Eu acho que é andando com a medicação direitinho, eu acho que a vida vai bem (P06).
>
> [...] É simplesmente se adaptar com a tomada dos medicamentos (P18)
>
> [...] A medida mesmo que você tem que tomar seria o medicamento. Porque ele, sim, vai te dar essa vida que você quer. Porque você tomando o medicamento, a sua carga viral sendo zero, você é uma pessoa normal. Você tem saúde. Você tem disposição. Não te falta nada. Então, pra mim, neste momento, é o medicamento (P25).
>
> [...] Pra mim, é só o remédio mesmo. Tirando isso não tem mais o que fazer não (P27).
>
> [...] Eu acho que você tem que se tratar direitinho. É o tratamento direito. Tomar os remédios e pronto. É vida normal. Vida que segue (P38).

> [...]Tomar medicação todos os dias com certeza. Pra manter a carga viral, se possível, sempre zerada (P40).

O uso do preservativo, a preocupação em cuidar do outro e de não transmitir o HIV também estiveram presentes nos relatos e se apresentaram como atitude positiva nas vidas das PVHIV.

> [...] e óbvio usar camisinha e tudo. Porque o uso de preservativo não previne só o contágio do HIV, mas outras patologias, né. E são muitas (P02).
>
> [...] parar de transar sem camisinha com todo mundo (P03).
>
> [...] Usar camisinha pra não passar pra outra pessoa (P09).
>
> [...] A minha dica é que a pessoa não deve deixar de usar a camisinha, com o parceiro que tiver, seja parceiro homem ou parceiro mulher (P10).
>
> [...] O que eu faço é essas precauções aí: Se amanhã eu tiver alguém, é o uso do preservativo (P12).
>
> [...] Evitando passar também, né, contatos sexuais, essas coisas assim (P15).
>
> [...] A segunda é cuidar do outro. Então se eu tiver, é porque estou numa fase que não quero um relacionamento, se tiver um relacionamento, vou ter o máximo possível de cuidado com a pessoa. Eu acho que essas duas coisas são as que mais me chamam atenção, assim (P17).
>
> [...] Então eu acho que é cuidar de você. Primeiro, depois dos outros, né. Eu tenho muita preocupação de transmitir (P35).
>
> [...] No meu caso, assim, como se diz, é não espalhar. Agora, no caso de quem já tem várias pessoas, que não tem um parceiro só, eu acho que, assim, deveria evitar ao máximo de contaminar outras pessoas. Porque eu não acho certo também (P36).

A preocupação com a saúde surgiu nos discursos como primordial para controle da vida. Aspectos como alimentação, sono, atividade física e passeios foram citados como cuidados diários e conceito de qualidade de vida. Os hábitos de dependência como álcool, cigarro e drogas em geral, também aparecem como desafios a serem considerados pela PVHIV para a suspensão do consumo.

[...] Parar de beber ou beber pouco e droga tem que praticamente parar. Droga só se for quase nada (P07).

[...] Depois ter uma alimentação, procurar ter uma vida mais saudável pra não deixar que isso atrapalhe também no tratamento e levar isso com o uma coisa normal (P11).

[...] São vários fatores, né. Por exemplo, a pessoa se preocupar com a saúde mais. Tipo pessoa não perder noite de sono, se alimentar melhor, até exercitar, exercício é bom também, porque dependendo ele levanta a autoestima, o exercício mantém a autoestima, a imunidade mais elevada com exercício, alimentação, evitar excesso de bebidas, qualidade de vida... (P13).

[...] Eu acho que cuidar da saúde é primordial. Eu acabei de pegar aqui, quero tomar todas as vacinas, então, a gente fica mais cuidadoso. É você cuidar de si mesmo. Isso é muito importante (P17).

[...] Se você se cuidar, vai ter uma vida normal. Uma vida saudável. Então, assim, hoje eu encaro desse jeito. Eu melhorei na parte de saúde, alimentação, essas coisas assim. Essa coisa que eu mudei, comecei a praticar isso (P19).

[...] Acompanhamento nutricional também acho que é super importante pra quem não consegue. Eu já era muito assim também das minhas doenças de cabeça, eu já era muito na coisa de alimentação, tinha que ser perfeita e maravilhosa. Aquela coisa. Alimentação e esporte, exercício físico. Exercício é bom em qualquer status (risos) (P21).

[...] Olha, primeiro eu penso que você tem que, não é só tratar o HIV, mas até pela qualidade de vida. Sempre procurar viver melhor. Você tem que procurar tipo, bebida alcoólica, eu acho que é complicado, eu tô falando eu fumo, mas, não tem como eu justificar, quer dizer eu tô errado. Meio que tô fazendo uma bomba, né. Tipo: tô fumando, tô bebendo e tô me drogando. Já pensei em parar de fumar. Mas agora nessa pandemia não dá. Às vezes, eu fico sem. Fumo um cigarro num dia, fico outro sem fumar, mas agora não dá não (P22).

[...] Dar meus passeios. Não ficar só preso dentro de casa. Porque eu tenho depressão forte. Tenho transtorno bipolar, mais essa. Tenho transtorno bipolar. Se eu ficar muito dentro de casa sozinho,

> me dá depressão. Começa me dar depressão. Eu tenho que sair, fazer caminhada. Ir nas praças... (P26).
>
> [...] Eu me cuido. Minhas caminhadas, minhas saladas, meus sucos de legumes, beterraba com laranja e couve, entendeu. Então, isso aí me ajuda muito (P31).
>
> [...] Alimentação. Procuro ficar, durmo cedo, não saio. Procuro fazer muita coisa que não me prejudique (P39).
>
> [...] Regularizar a alimentação. Evitar uso de remédio sem necessidade. [...] E evitar uso de coisas sintéticas drogas essas coisa assim, o máximo possível. Manter estilo de vida saudável. Fazer exercício físico, eu faço, gosto de fazer. Faço em casa mesmo. Eu fazia academia também. Agora eu caminho muito. Agora tô fazendo exercício em casa mesmo (P40).
>
> [...] Ter uma boa noite de sono. Comer uma alimentação adequada, o que meu marido não tem (risos). Manter a qualidade de vida da pessoa com HIV é muito fácil. Um sono tranquilo, tentar abster de coisa negativa (P45).

Outros aspectos como a busca pelo conhecimento, informações corretas e de qualidade e responsabilidade no tratamento como exames, além de seguir recomendações da equipe foram citadas como determinantes para viver bem.

> [...] O segundo é ter justamente esse conhecimento, ter esse esclarecimento do que que é. [...] Eu acho que esse acolhimento, foi importante, com Doutor (P05).
>
> [...] Se informar, porque é muita coisa que... [...] A gente não procura saber das coisas até você ter ela. Você sabe que ela existe, mas você não procura saber o que é, como que trata, não procura saber nada. Aí depois você contrai ou você tem uma pessoa próxima que você convive você não sabe lidar. Então, eu acho que as pessoas precisam se informar. Tanto no caso de quem tem a pessoa precisa se informar pra ela não ficar desesperada, pra não entrar em desespero, não perder a cabeça, pra ela saber pra quem ela conta.
>
> [...] Ter muita responsabilidade com os remédios. Responsabilidade de vir no CTA (P14).
>
> [...] fazer os exames de rotina pra ver se realmente a saúde está se mantendo (P18).

> [...] Primeira coisa é informação. Pessoa desinformada ela não consegue se tratar (P20).
>
> [...] Então eu acho assim, você parar pra escutar, não vou falar que é conselho, porque numa hora dessa é orientação mesmo. Principalmente profissionais que já tenham gabarito, que tenham vivência nessa situação. Então, eu acho que primeiro é ter calma e escutar bastante. Tentar manter a calma. Não sair procurando tudo. Porque, se você começar a procurar na internet, você vai ver só coisa ruim. Não vai achar nada, nada te jogando pra cima. Vai ser só coisa ruim (P28).
>
> [...] Qualquer dúvida perguntar mesmo. Porque vai aparecendo muitas... ahhh parece outras doenças, que a gente não sabe. Então, assim, o certo é a gente tá sempre bem informado (P30).

Por fim, os participantes também fizeram forte referência aos aspectos emocionais, psicológicos e sentimentos positivos como parte integrante das medidas de controle de vida.

> [...] Primeiro é equilíbrio emocional, porque depois se você tem essa compreensão do que você tem, do que ela pode te causar e como você pode não precisar dessas causas, eu acho que isso é a primeira coisa. O equilíbrio emocional. Eu falei eu não tenho problemas com isso, Dr.. Eu acho que não vai me afetar no meu equilíbrio emocional, no meu psicológico. Tanto, né, óbvio que afeta, mas não tanto. Por eu já ter algumas coisas já organizadas. [...] Eu não vou parar por isso. Eu não quero, porque eu já sofri essas coisas e não quero viver assim. Eu tenho uma visão muito positiva da vida. Eu quero viver o máximo possível. Eu quero morrer não disso. Morro de outra coisa, mas não vai ser esse o motivo. Então, assim, primeiro esse equilíbrio emocional (P05).
>
> [...] Se organizar, pensamentos positivos sempre. Que o diagnóstico não é o fim da vida (P18).
>
> [...] eu acho que a primeira medida é mais emocional mesmo. É uma questão de disciplinaridade, psicólogo, de psiquiatras que algum tempo depois eu fui e consegui ver isso. Mas, antes de ir, a gente não consegue perceber. A primordial seria um acompanhamento psicológico (P21).

[...] Psicológico tem que estar muito... Eu, no início, quando eu tive o resultado, eu fazia acompanhamento psicológico. E não só no início. Você tem que fazer esse acompanhamento. Sempre que você sentir um tumulto, né. Você deve fazer. Eu faço. Eu acho que também ser autêntico. Jogar limpo, pelo menos com você. [...] Acho que você tem que ter mais empatia (P22).

[...] Primeira coisa é tentar colocar a cabeça no lugar e não desesperar. Ter calma, tentar escutar mais do que falar, porque falar você sai falando. Você sai atropelando as palavras e, tipo assim, você vai magoando as pessoas e vai descontando em quem não tem nada a ver a sua frustação, seu problema. [...] Eu tento estar nos lugares que me sinto bem. Então gosto de estar com minha família, igual trabalho, tento fazer o máximo possível pra ter um ambiente favorável pra mim poder ficar feliz, não me estressar, nem nada. Hoje eu tento me moldar e afastar aquelas pessoas que só fica reclamando, só trazendo carga negativa, trazendo reclamação. Viro as costas e vou embora. Eu tento buscar hoje só coisas boas para o meu lado (P28).

[...] Levantar o astral da outra, nunca deixar a outra cair. Ir lá conversar, trocar ideia, vida que segue (P31).

[...] Ter felicidade. Ter muita alegria. Amor no coração. Bastante. Pra ajudar aí ânimo, tem que ter muito ânimo. Muita força de vontade de viver mesmo (P37).

[...] Mas você mesmo não ficar se diminuindo pra ninguém. Porque, se você se fizer menor, todo mundo vai te enxergar assim. Você tem que se posicionar tomar atitude, ter um foco e seguir. É amar-se acima de tudo. [...] E viver o dia como se não existisse o amanhã. Porque as pessoas ficam se preocupando muito com o amanhã e se esquecem do aqui, do agora. Então você tem que viver o hoje. O amanhã pertence a Deus (P43).

6.2.5 Barreiras percebidas

Conforme o referencial teórico do MCS, o processo de aceitação da doença percorre um trajeto influenciado pelas crenças. Quando os aspectos negativos exercem maior força dentro do contexto social em que a pessoa está inserida, podem gerar barreiras que irão dificultar ação ou até mesmo conflitos de difícil resolução.

Para elucidar melhor toda a dinâmica vivenciada pelas PVHIV aplicando o MCS, foi perguntado aos participantes sobre as barreiras/dificuldades que a pessoa com HIV enfrenta no dia a dia.

Houve resposta negativa para essa pergunta no discurso de 15 participantes registradas com os termos: *"não", "acho que não", "não tenho nenhuma", "não enfrento nenhuma", "não tive ainda"* e *"pra mim não".* Essas respostas sugerem uma crença positiva frente à doença ou mesmo ainda evoluindo dentro do processo de adoecimento.

Diversos participantes citaram o preconceito e o estigma social como a principal barreira vivenciada por eles no cotidiano como verbalizaram em algumas expressões com conotação de intensidade "*preconceito em tudo isso", "é o principal", "Só preconceito, mais nada", "é muito preconceito que ainda tem", "Muito".*

> [...] O preconceito. Assim como por ser homossexual e tudo. Tem preconceito em tudo isso. É um pacote, né. Se você é homossexual, a pessoa já te coloca na casa do HIV. Aí, no meu caso, é a mesma coisa eu sou homossexual e HIV positivo. É bem complicado (P02).
>
> [...] O preconceito é o principal. Porque tem gente que... igual eu falo o que... gente o que que tem se eu dar faxina na sua casa, se eu tocar aqui, não vai pegar HIV na sua casa. Mas só que o povo não entende isso. O preconceito é... infelizmente, não é só de doença, é racial, é tudo preconceito. Se tu é gorda, se tu é magra, tudo tem o preconceito envolvido no meio. O resto eu corro atrás. Corro atrás dos meus sonhos (P04).
>
> [...] O estigma social, principalmente. Se eu falar com um aluno que tenho HIV, vou ter alunos que vão: tudo bem não tem problema nenhum. Eu vou ter gente que vai me crucificar. Então, eu acho que a questão social é a mais complexa. [...] Essa barreira é social. Que eu acho que vai ser uma coisa quase impossível de tirar das costas (P05).
>
> [...] Só preconceito, mais nada (P12).

> [...] Enfrenta preconceito. Eu não vou te falar, eu sei que sim, mas eu não vivi, mas sei que vou viver, questões de trabalho, tenho certeza que, assim, pode acontecer, de algum chefe alguma pessoa saber que você tem HIV e te tratar diferente. Preconceito na casa de amigos. Tem amigo meu que fala que tem HIV que a tia não deixava nem beber água no mesmo copo que a pessoa. [...] Medo constante de você perder as pessoas na sua vida. Por causa da sua condição, ter medo da sua doença. Medo que a gente sofre todo dia... é isso (P14).
>
> [...] Eu acho que hoje no dia a dia é só o preconceito. Mais nada (P19).
>
> [...] Acho que a barreira social. É a mais, é algo que assim, as pessoas por essa relação do estigma, a gente entrou numa realidade que a gente sabe que existe, os profissionais de saúde tem contato, mas na vida real aqui de fora é como se não, ninguém conhecesse ninguém com HIV, né. E não é verdade. Eu sei tanto que contribuo pra isso de certa forma, e o tanto que sou fruto dessa realidade mas isso é algo bem que cria uma falsa ilusão de que está tudo bem e que ninguém tem nada (P21).
>
> [...] Eu acho assim, é muito preconceito que ainda tem. Eu vejo assim, é muito preconceito. Às vezes, a gente tá conversando com um grupo de amigos, sempre se surgir o assunto eles levam muito: Ahhh, a pessoa é vagabundo. Usa droga. Mas não sabe o fundamento assim de como acontece (P30).
>
> [...] Eu acho que enfrenta preconceito. Muito. Pra quem se abre e já chega falando. Porque eu acho que não tem necessidade (P33).

Os participantes referiram em seus discursos dificuldades de lidar com medo de revelação do diagnóstico, sigilo, silêncio ou também chamado segredo por eles.

> [...] eu acho que até mesmo pra vir aqui pra pegar medicação. Eu já reparei várias vezes que a gente fica assim entreolhando pra ver quem é quem. Será que aquele é isso? Será que ele tem HIV? Sempre. Principalmente nos dias dos testes que a gente faz... CD4. A gente já sabe. Todo mundo que está naquela fila, a gente sabe que tá. Então vem aquela questão. Será que vou encontrar aquela pessoa na rua? Será que ela vai falar que me viu no lugar? Eu acho

> que isso é a coisa mais complicada no dia a dia. [...] Então, por um lado, o HIV ele ainda tem que viver escondido. Ele ainda tem que viver como um mistério (P05).
>
> [...] É saber que muitos não sabem que só na minha região, na minha localidade, é saber que eles jamais irão saber se depender de mim. É um segredo que carrego comigo, entendeu, a contração desse vírus (P13).
>
> [...] Medo se alguém descobrir que tenho HIV e me discriminar (P16).
>
> [...] Como eu te disse, por eu não contar pra ninguém, pra familiares só meus irmãos, isso eu sinto que é uma barreira. De comunicar, de falar que é soropositivo, isso eu sinto que ainda é uma barreira. E isso na sociedade é ainda um preconceito (P18).
>
> [...] É vir aqui (risos). Você não fica aborrecida de eu falar isso, não. Mas eu não gosto de vir aqui. Eu tenho medo de ver alguém, encontrar alguém, que eu nunca falei, que não sabe, é isso (P23).
>
> [...] O que eu enfrento é alguém da minha família descobrir, por causa da decepção. Eu sei que hoje é uma coisa muito normal, mas é que talvez daqui a três ou quatro meses a pessoa vai estar entendendo. Só que assim até ele entender, até começar a te julgar, a te falar, a te... não sei te falar ao certo, criticar. Então, hoje a única coisa que me incomoda, me atrapalha, basicamente é isso (P28).
>
> [...] O medo das pessoas descobrirem. Porque tem muita gente que, como se diz, é preconceito. Tem muita gente, nem todos, né. Medo de só isso aí (P29).
>
> [...] Eu acho que é isso mesmo. O silêncio (P39).
>
> [...] Evito de contar para qualquer um. Porque não é todo mundo que está preparado e tem gente que ainda tem esse bloqueio social. Sim... eu não ligo de falar em congresso, ou com pessoas iguais a mim, participando de rede... conheço muitos médicos... mas, assim, evito de contar no geral (P41).

Outra barreira presente nos discursos são os relacionamentos. Os participantes verbalizam receio de se relacionar, quando é o momento de revelar o diagnóstico, inclusive entre casais já sabidamente positivos mantendo a afirmação de que o sentimento mudou.

> [...] Eu acho que na minha cabeça é arrumar uma companheira que vai me entender e eu entender aquela pessoa. [...] Então, eu acho meio difícil conseguir uma companheira. Porque eu tinha vontade de, se eu conseguisse, era assim do mesmo jeito, como se fosse eu, aí ela nunca vai cobrar isso. Se eu ficar com uma pessoa, ela vai me jogar na cara um dia, né. Aí quero ver se arrumo uma pessoa com mesmo problema meu. Que aí não ia me cobrar nada (P26).
>
> [...] Barreira que eu acho é no plano sentimental. Porque sempre tem alguém... Foi o caso desse relacionamento que eu não sei se tô ou não tô mais. Antes de eu conhecer a pessoa, antes de eu me sentir confortável pra falar, com ela, alguém já foi e já falou. Quer dizer, não ouviu de mim. Aí ouve daquele jeito que, né? (P35).
>
> [...] É em relação ao meu marido. O relacionamento com ele. Porque assim eu tento ajudar no que puder, ser amiga, mas o que eu vivi, o sentimento antes dele internar, não é o mesmo. Mudou. Assim eu não gosto de demonstrar. Mas, em parte, eu tenho certa pena dele porque ele é sozinho, [...] Então, a família dele aqui sou eu e a filha dele. E se agente não for ajudar, quem vai? Aí eu continuo aí. Vamos tocando a vida. Do jeito que dá e do jeito que pode porque falar que o sentimento é o mesmo não é (P36).
>
> [...] Nos relacionamentos. Eu acho que é uma barreira. Tenho super pé atrás. Eu não me privo de conhecer alguém. Se eu tiver de conhecer, assim, eu não penso que vou me travar. Vou deixar rolar. Vou conhecer. Mas é uma coisa que meio que estou empurrando com a barriga. Porque em algum momento vai chegar a hora de ter que falar a respeito. Isso é uma coisa que me incomoda. É uma barreira não só pra mim, mas pra pessoa também. Muito provavelmente vai ser (P40).

Alguns participantes apresentaram a TARV como uma barreira presente no dia a dia dentro do contexto de lembrança diária do HIV.

> [...] a hora que você vai tomar o remédio é um dos piores momentos porque naquele momento você lembra exatamente que você tem HIV, você lembra do diagnóstico, você lembra de todas situação e tudo que você já passou, é naquele momento. Então é assim, durante o dia, nem lembro que tenho HIV, mas, na hora de tomar o

> remédio, aí tem toda lembrança de quando eu descobri, como é que foi a situação e que eu convivo com isso. Eu acho que para mim, assim, é o momento mais marcante é a hora que eu tomo o remédio (P11).
>
> [...] Eu não sei, você pode pensar, esse menino deve estar mentindo, mas é como eu falei pra você, é só os comprimidos mesmo. O resto está tranquilíssimo (P24).
>
> [...] Tomar o coquetel (P32).

Por fim, algumas barreiras foram citadas apenas uma vez como o uso do preservativo, o manusear de objetos cortantes, a distância da residência longe do CTA, a falta de divulgação em mídia sobre PREP, o conceito de indetectável e intransmissível e como é a vida das PVHIV.

6.3- O Apoio recebido

Outro ponto abordado na entrevista se refere ao apoio que o participante recebe. Foi perguntado: Qual (quais) pessoa(s) é (são) seu principal apoio na presença de qualquer dificuldade?(Ligação/parentesco). Nesse contexto da entrevista, os participantes sinalizaram as pessoas que mais contribuem na trajetória no processo de adoecimento. Houve discursos em que o sigilo prevaleceu e que o apoio é a espiritualidade ou o parceiro com quem compartilha o diagnóstico de HIV. Outros sinalizaram a pessoa que mais possui proximidade como a família e os amigos.

Número maior de participantes, 13, fez referência ao parceiro, marido e esposa, como maiores apoiadores diante da proximidade e por vivenciar o diagnóstico juntos.

> [...] Meu marido. Ele que está comigo nos momentos bons e ruins (P04).
>
> [...] Hoje me dia, meu companheiro. Eu tive um sinal divino, praticamente que quando eu fui diagnosticado, eu falei pra ele, eu estou com um problema aqui, não estou melhorando. Aí um dia falei

> entrelinhas. Aí ele falou assim: tá você está soropositivo então, tá bom, eu também tô. [...] É uma coisa que pouquíssimas pessoas vão encontrar. Por isso falo que sou um cara muito sortudo. Quando ele me falou, estou chegando, aí eu pensei: ele vai chegar e me matar. [...] Então, uma outra pessoa ficaria revoltado, como acontece na maioria das vezes. Esse estigma que a pessoa abandona e fica revoltado e tudo e age com violência e não. Ele veio pra ficar comigo. Ele veio pra cuidar de mim, entendeu? Ele viu que eu estava muito ruim e tudo. [...] Veio embora pra cá. Largou família e tudo e veio embora. E é uma pessoa que é meu anjo de guarda (P05).
>
> [...] Meu esposo. É tudo (P10).
>
> [...] Acho que meu companheiro que mora comigo (P38).
>
> [...] Meu marido. É meu porto seguro. Demais (P45).

Outro fortemente citado por 10 participantes foram os irmãos e as irmãs. A proximidade, a escolha para revelação do diagnóstico e o cuidado foram critérios estabelecidos quanto ao apoio recebido por eles.

> [...] acho que é minha irmã. A primeira pessoa que contei foi ela (P06).
>
> [...] Minha irmã. Ela me acompanha desde o início (P23).
>
> [...] A minha irmã. Ela saiu da casa dela e ficou dentro de casa cuidando de mim. [...] Tudo quanto é coisa que eu preciso ela que me ajuda (P24).
>
> [...] Minhas irmãs [...] Então, elas estão sempre na minha casa (P36).

As mães foram citadas por nove participantes com descrição de apoio incondicional inclusive em conflitos em família.

> [...] Só minha mãe (P01).
>
> [...] Minha mãe. Sem sombra de dúvidas, é minha mãe. Minha mãe é uma pessoa que... tipo, se eu tiver um problema tenho certeza que ela vai me dar um bom conselho e vai me ajudar seguir um caminho bom (P11).
>
> [...] Abaixo de Deus, é minha mãezinha (P13).
>
> [...] a gente pega com a mãe, mas mãe não é pra vida inteira, então você tem que dar seus pulos. Sempre me abri com ela, desde que contei que era gay (P31).

Alguns participantes declaram serem os amigos e colegas que são seu apoio.

> [...] Meu melhor amigo. Ele também é HIV positivo, ele que me deu apoio desde do diagnóstico (P17).
>
> [...] Só um colega [...] Se tivesse algum caso de contato, eu acho que recorreria a ele porque ele é uma pessoa, assim, muito especial, muito bacana (P29).
>
> [...] Até pelo fato da minha individualidade, vamos assim dizer, eu chamaria essa minha amiga (P33).
>
> [...] Tenho um amigo. É essa família que a gente encontra sempre. Sempre conversa quando eu estou com dificuldade e eles também (P35).

Filhos, primos, tia e a sogra aparecem em poucos discursos sinalizando que estas pessoas que apoiam diretamente no dia a dia.

> [...] Uma filha, eu converso mais com ela, a mais velha... (P09).
>
> [...] Meu filho mais velho. Ele me apoia muito (P37).
>
> [...] Meu primo. [...] Vem sempre aqui. Aí, quando a gente está em casa. Ele fica sempre na minha casa. Eu arrumo um quartinho pra ele. Aí a gente conversa. A única pessoa que eu tenho pra conversar é ele. E ele tem eu. Porque ele trabalha e tem medo das pessoas descobrir. Ele também não contou pra ninguém (P39).
>
> [...] Eu nunca falo desse problema do HIV pra ninguém. Tem uma filha que sabe, mas também não comenta comigo, não. [...] Eu tenho uma tia que falo com ela todos os dias à noite, só ela. É uma das pessoas que eu mais gosto na vida. [...] Então, essa tia, eu não falo sobre isso com ela, inclusive ela perdeu um filho com isso. Eu falo dos meus problemas, o dia que eu tô às vezes, assim, meio deprimido, eu converso com ela. Todos os dias. Ela não sabe. Se sabe não fala. Eu preferia que ela não falasse, porque, se ela falar, eu sei que eu vou parar de falar com ela (P12).
>
> [...] Quem sempre tá apoiando a gente lá é minha sogra mesmo. Ela sabe (P42).

Ainda, dois participantes disseram que não contavam com o apoio de ninguém. Afirmaram que somente Deus é seu apoio, remetendo-se à escolha pelo

sigilo do diagnóstico e isolamento decorrente da dificuldade de se abrir e de confiar nas pessoas.

> [...] Ahhh eu não tenho ninguém, não. Sou muito independente. Meu socorro é Deus. Sou muito católica. Rezo, assisto missa na televisão. Não sou assim de desabafar com ninguém, não (P34).
>
> [...] Deus. Só Deus. Porque Deus é o único que está dentro da gente. Eu sei disso porque eu tenho espiritualidade muito forte. [...] porque eu estava muito ruim, desenganado, à beira da morte [...] Eu fiquei entubado, passei em 03 hospitais diferentes... Acho que Deus é que me deu a vida de novo. Porque, depois de ficar entubado por tanto tempo, até os médicos não acreditavam quando eu voltei, comecei a falar de novo, fiquei sem andar durante um ano. Fiquei na cadeira de rodas porque definhei muito, os músculos não conseguiam se mexer. Então, eu agradeço, pois eu acho que eu nasci de novo. 'Morri' em 2000 e voltei à vida, porque Deus me deu essa oportunidade! Todos os momentos da minha vida, eu só entrego a Deus! Eu só peço a Deus porque as pessoas são falsas, são assim... traiçoeiras, interesseiras, é seu amigo quando você está servindo, quando você não puder servir mais, você não vale nada, [...] Fiz uma escolha de me isolar mais e não confiar tanto no ser humano (P41).

6.4- A Assistência às PVHIV

A assistência às PVHIV é um dos pilares mais importantes nos programas de saúde pública. Objetivando avaliar como os participantes recebem essa assistência nesta unidade especializada, foi perguntado qual a opinião do participantes sobre a assistência recebida na unidade da presente pesquisa.

A maioria dos participantes foram enfáticos ao destacar o quão estão satisfeitos com a assistência prestada pela equipe da unidade ao declarar como boa, ótima ou excelente.

> [...] Boa, muito boa (P01) (P04) (P06) (P07) (P09) (P10) (P38).
>
> [...] Aqui é muito bom. Atendimento é ótimo (P30).

> [...] Muito boa. Muito boa mesmo (P37).
> [...] Eu gosto muito (P11) (P27).

> [...] Adoro todo mundo (P40).
> [...] Eu adoro aqui (P03).

> [...] Fantástica. São meus anjos de guarda (P05).
> [...] Aqui no CTA [...], pra mim é perfeito, entendeu? (P14).
> [...] Nossa é maravilhoso! Eu falo mesmo (P23).
> [...] Nossa! Maravilhosa! Amo todos vocês! Tem bastante tempo! Tem 20 anos (P41).

> [...] Ótima, ótima e ótima [...] vocês são excelentes. É muito bom (P16).
> [...] Tem um mês só que estou aqui, mas estou achando ótimo (P19).
> [...] Eu acho excelente. Acho mesmo (P33).
> [...] Aqui é mil por cento (P34).

Ainda verbalizaram quais os motivos de exaltar a equipe, sendo o principal a forma com que são tratados e a prontidão apresentada pelos profissionais diante dos problemas.

> [...] Sempre foi me dado uma solução de imediato. Sempre uma resposta (P05).
> [...] Gosto muito do [...] enfermeiro também. Ele me trata tão bem aqui (P09).
> [...] Todas as vezes que venho sou bem atendido (P16).
> [...] Muito bem tratado, muito bem recebido (P19).
> [...] Tem a ver com tratamento ímpar e diferenciado que tem aqui (P20).
> [...] Às vezes eu tô com um problema, às vezes, é outra coisa, ele vai, procura me ajudar, resolver exame, alguma coisa assim. Muito bom (P23).
> [...] Atendimento é ótimo. [...] Dr. [...] tá pronto pra atender a gente qualquer hora, sabe (P30).
> [...] Olha aqui eu não tenho nada a reclamar. São pessoas que te atendem muito bem (P36).

Outro motivo apresentado pelos participantes foi o sentimento de se sentirem bem, acolhidos, à vontade e confortáveis, quando são recebidos no serviço, sem o receio de julgamento, mesmo diante da ciência do diagnóstico, o que constantemente não é vivenciado na sociedade.

> [...] o pessoal sempre me tratou muito bem, sempre me colocavam muito à vontade. Eu chego aqui eu converso com o pessoal, eu me sinto super à vontade. Não tenho essa dificuldade de: Nossa, tenho que ir no médico, Meu Deus! Sou super tranquilo. Eles deixam a gente muito confortável (P11).
>
> [...] Consigo falar qualquer coisa com eles à vontade, não tenho medo de ser julgado, aqui pelo menos eu me sinto muito bem (P14).
>
> [...] Eu posso falar que me sinto bem. [...] Aqui é muito mais acolhedor (P17).
>
> [...] Mas aqui eu fui sempre muito bem acolhido (P21).
>
> [...] Fui bem acolhida desde o primeiro dia (P34).
>
> [...] A gente sente bem (P37).
>
> [...] Assim, a gente sente acolhida. Aqui a pessoa sabe seu problema. Não tem aquele preconceito. Todo mundo me conhece. Aqui tem acolhimento. Gosto do acolhimento aqui. Muito bom (P39).

Os participantes destacam as características que fazem dos profissionais do serviço um diferencial no contato direto com os mesmos. Dentre essas caracteríticas, sinalizam os profissionais como educados, atenciosos, dedicados e preocupados, éticos e humanos, carinhosos e com uma escuta sensível, conforme os relatos apresentados a seguir.

Educados:

> [...] Quando eu venho tirar sangue, a [...] é muito educada (P24).
>
> [...] As meninas que são muito bacanas, muito educadas (P31).

Atenciosos:

> [...] Nessa unidade, eu tive só relação com as enfermeiras e os atendentes todo mundo bem atenciosos. O rapaz que chama [...] muito atencioso veio e me explicou onde fica a sala, onde vou ter que fazer tudo direitinho. Até então bem atenciosos (P25).

> [...] Ele prontifica na hora, sabe? É muito atencioso mesmo. Aqui da equipe eu acho ele excelente (P30).

Dedicados e Preocupados:

> [...] Eles são muito dedicados. Qualquer coisa liga (P30).
>
> [...] Além do fato da gente ter que fazer a nossa parte, em relação a esses seis meses, mas, preocupa, te liga, fala: você não pode fazer isso, mesmo sem ser, nem acho que seja uma obrigação da equipe. Olha só, você tem tratamento que é gratuito, mas aí preocupa, liga, xinga a gente, chama na responsabilidade mesmo e tá certo. Um puxão de orelha mesmo, massa. E, nossa, eu acho cem por cento (P33).

Éticos e Humanos:

> [...] Tem muita ética e profissionalismo (P19).
>
> [...] Nossa. Caráter número um: humanismo. O quanto são humanos. Porque o profissional de saúde é tão desvalorizado... (P20).
>
> [...] Assim, não é a forma, o tratamento é totalmente diferente. Eu acho as pessoas maravilhosas, são pessoas humanas que sabem lidar e transformar o sentimento da pessoa no momento que ela se descobre ser portador (P22).

Carinhosos e sabem ouvir:

> [...] aquele carinho, que todos eles tiveram comigo naquele momento (P05).
>
> Aqui tem pessoas muito carinhosas, as pessoas conversam com a gente, sabe escutar... (P23).
>
> [...] Muito carinho sabe (P39).

Além disso, os participantes enfatizaram a sua gratidão aos profissionais que fazem a diferença na assistência.

> [...] Eu fico emocionado quando falo isso, mas salvaram minha vida.
>
> [...] Então, assim, eu não tenho palavras pra descrever coisas mais positivas que daqui do pessoal. [...] É meu porto seguro (P05).
>
> [...] De coração. Só tenho agradecer inclusive (P13).

> [...] Graças a Deus até hoje, só agradecer (P29).
>
> [...] Eu só tenho agradecer os médicos que me deram apoio. [...] A gente depende muito disso aqui (P31).
>
> [...] Sem comentários. Do primeiro dia que pisei aqui até o último dia, vou ser grato pro resto da minha vida (P44).

Contudo, cabe ressaltar que somente dois participantes afirmaram que consideram a assistência boa, porém sugerem que poderia ser melhor em relação a outros profissionais e medicamentos extras da TARV. Tal implementação auxiliaria no custo ao tratamento a outras patologias que surgem atreladas ao HIV.

> [...] É mais pobre do que na minha cidade, mas é bom também. [...] Da cidade é o que eu ia. Lá tem médico cardiologista, tem infecto, tem três infectos, não são só um. Igual aqui são dois, né? Tem enfermeiro, tem assistente social, tem psicólogo, tem tudo. Tudo que você precisa pra uma assistência. É capital, né? Lá é muito grande (P02).
>
> [...] Poderia ser melhor. Não falo da parte dos especialistas, [...] , e sim pela parte dentária. Igual a mim, falta-se prótese. E isso sim foi devido à doença. Eu tive perda dentária e não tenho condições financeiras de fazer um tratamento assim. [...] A meu ver, pessoas que têm essa doença deveriam ter um apoio maior. Porque igual eu tenho parentes em São Paulo também que tem essa doença, eles têm suplementos, eles têm tratamento dentário, têm prótese, têm de um tudo. [...] Aqui a gente não tem esse apoio. Se você precisa de um medicamento que não seja do coquetel, você tem que estar comprando. Você não está trabalhando, você não tem o dinheiro, você faz como? Igual no meu caso, o meu problema visual, eu sei que tá pior, porque o médico passou pra mim uma vitamina, uma caixinha de duzentos pra mim tomar, de dez comprimidos de duzentos e poucos reais. Da onde eu tiro esse dinheiro? (P43).

6.5 Observações do entrevistador e diário de campo

As entrevistas aconteceram em ambiente tranquilo, no momento em que os participantes aceitaram participar sem prejuízo de sua rotina, com duração de 11 a 46 minutos, em média de 23,54 minutos. Dentre os entrevistados, a maioria 36, (78,3%), participou com entusiasmo e satisfação; seis (13%) demonstraram insegurança através de gestos, olhares para baixo, tom de voz baixa e respostas curtas; dois (4,3%) fizeram perguntas sobre o diagnóstico, TARV e COVID-19 respondidas ao final da entrevista e dois (4,3%) apresentaram choro na abordagem de alguns temas. Todos foram acolhidos e ouvidos até se sentirem melhores antes de sair da unidade.

Durante o período de coleta de dados, a equipe do setor contava com um médico infectologista atendendo, um médico coordenador em teletrabalho, dois psicólogos, um enfermeiro, um farmacêutico, um atendente dispensador de medicamentos, uma técnica de enfermagem e uma secretária. Durante o período de coleta, houve troca de uma psicóloga de longa data no serviço por desligamento do nível municipal para assumir nível em outro município, substituída por outro profissional da rede. Aconteceu confraternização da equipe no setor com a presença do coordenador e homenagem pelos 13 anos de trabalho prestados no CTA/SAE. Enfermeiro do serviço ficou afastado do início da pandemia de março/2020 a 05/08/2020, não sendo substituído durante essa licença.

Durante a pesquisa, a ocorrência de uma crise convulsiva de uma PVHIV foi presenciada durante o atendimento médico, sendo atendida no local pelo médico do serviço e encaminhada à residência acompanhada de familiares logo em seguida. Uma participante realizou teste final de conclusão de criança de dois anos com exposição ao vírus durante a gestação com resultado não reagente após a entrevista. Presenciada a grande emoção para a mãe e foi acolhida por todos da equipe. Ainda foi possível participar de duas coletas mensais de exames de CD4 e carga viral onde são atendidas diversas PVHIV, embora em número menor, justificado por muitos a ausência pelo receio da COVID-19.

Durante toda a coleta de dados, só ocorreram recusas de participação após abordagem de duas PVHIV com relato de dor e compromisso agendado não dispondo, assim, de horário disponível.

Ainda durante o período de coleta, ocorreu óbito da fundadora da ONG criada para apoio e assistência social às PVHIV no município. Grande comoção e tristeza para toda a comunidade que relata gratidão aos serviços prestados durante os últimos 30 anos no município.

Ademais, a unidade predial que está sediada o serviço ficou fechada ao público geral durante cinco meses para outras especialidades por restrição de onda vermelha da COVID-19 no município. Retomou as atividades no dia 03/08/2020 com emprego de medidas restritivas de acesso e fluxo e preventivas de aferição de temperatura e todos servidores com uso de EPI, máscaras e *face shield.*

Discussão

7 DISCUSSÃO

Visando melhor apresentação da discussão esta será subdividida em caracterização das PVHIV; crenças em saúde; apoio e assistência às PVHIV na unidade.

7.1 Caracterização sociodemográfica, comportamental e clínica das PVHIV

Dos 46 participantes, houve predomínio do sexo masculino. A taxa de detecção de aids no Brasil em 2019 é de 17,8 casos a cada 100 mil habitantes e também apresenta diferenças marcantes, se analisadas por sexo, por faixa etária e por regiões do Brasil. Um exemplo são os estados do Norte e do Nordeste que, no ano de 2019, apresentaram taxas de detecção de 26,0 e 15,7 casos a cada 100 mil habitantes, um aumento de 24,4 % e 11,3%, respectivamente. Ao analisar as capitais brasileiras, também se observam diferenças como, por exemplo, Porto Alegre que apresentou em 2019 taxa de detecção de 58,5 casos/100 mil habitantes, configurando, assim, 3,3 vezes maior do que a taxa brasileira (BRASIL, 2020a).

Dados oficiais no Brasil mostram que há um predomínio de casos em homens e uma tendência de queda na taxa de detecção de aids entre as mulheres. No ano de 2019, nas faixas etárias de 20 a 24 e 25 a 29 anos, a taxa de detecção em homens chegou a quatro vezes maiores do que em mulheres. Nesse mesmo ano, quando observado no contexto geral, o Brasil registrou uma proporção de 2,6 (M:F), ou seja, 26 homens para cada dez, desconsiderando-se casos de HIV em gestantes. Quando essa proporção é analisada na faixa etária de 20 a 29 anos, os valores chegam a 3,7 (M:F), ou seja, 37 homens para cada dez mulheres, confirmando, assim, o predomínio de casos em homens jovens (BRASIL, 2020a).

Ao questionar sobre o número de parceiros fixos e eventuais nos últimos seis meses, a maioria dos participantes afirmou ter somente um parceiro fixo e com situações em que o parceiro é não reagente para HIV, o que leva, portanto à formação do que chamamos de casal sorodiferente em que somente um dos parceiros é reagente para o HIV. O termo sorodiferente descreve uma proposta de substituir o termo utilizado anteriormente de “sorodiscordante”, o qual contém uma conotação de conflito e de desarmonia (SHERR; BARRY, 2004).

A incidência de casais sorodiferentes vem se apresentando no cenário mundial como um reflexo da detecção precoce do vírus, dos avanços e das estratégias no emprego TARV e consequente melhora da qualidade vida das PVHIV. Possibilitou às PVHIV objetivar novas alternativas e projetos de qualidade de vida antes inexistentes quando a doença era vista como sinônimo de morte iminente (MAKSUD, 2012; REIS *et al*., 2019).

Chama a atenção a situação em que alguns participantes relataram que o parceiro não sabia a sorologia, não testou. Tal situação pode estar relacionada à dificuldade nos relacionamentos em efetivar a revelação do diagnóstico ao parceiro, receio quanto à testagem e um monitoramento deficitário quanto ao risco de exposição do parceiro ao vírus (BORGES; SILVA e MELO, 2017).

Essa condição sinaliza que a meta 90-90-90 ainda apresenta deficiência em seu cumprimento no que se refere a 90% das pessoas testadas e conhecedora de seu status sorológico. Esse critério é imprescindível como medida de prevenção e pode colaborar para a redução dos riscos de transmissibilidade entre parceiros, principalmente quando se tem um casal sorodiferente (UNAIDS, 2015).

Quanto ao uso de preservativo com parceiros, alguns entrevistados afirmaram que nunca usaram preservativos nas relações com parceiros fixos e outros nunca usaram preservativo com seus parceiros eventuais. Esses dados sugerem que ainda persiste um conceito sobre a sensação segurança e invulnerabilidade nos relacionamentos com parceiros fixos.

Achados similares foram observados em um estudo recente em uma comunidade quilombola em Sergipe onde se obteve resultado com maior proporção do uso inconsistente do preservativo entre parceiros fixos quando comparado a parceiros eventuais (PASSOS, 2021).

Ainda de acordo com Schineider *et al*. (2008), em um estudo retrospectivo do ano de 2005, analisando uma população de 22.846 pessoas que procuraram o CTA de Santa Catarina, foi encontrado que 7301 pessoas referiram não usar preservativo com parceiro fixo e, destas, 6232 afirmaram que o principal motivo era “confiar no parceiro” e, ainda destas, 106 pessoas tiveram resultado reagente para HIV.

Embora haja inúmeros estudos sobre o não uso de preservativo por casais até mesmo sorodiferentes, com indicativo de intransmissibilidade em altas taxas quando o parceiro positivo mantém-se indetectável, a recomendação ainda é o uso

consistente do preservativo nas relações sexuais (KOFF; OGBUAGU, 2017; RENDINA *et al*., 2020).

No Brasil, o Protocolo de Controle de Doenças Transmissíveis (PCDT) traz esse contexto dentro da mandala de prevenção combinada. Enfatiza que os profissionais de saúde devem atender às demandas que lhes são apresentadas com a temática, esclarecendo e construindo o plano de cuidado com a PVHIV, e até mesmo atendendo ao casal sorodiferente, com destaque de que é necessário um conjunto de intervenções de prevenção e, não, de medidas isoladas. O emprego inadequado pode levar ao surgimento de IST e mesmo transmissibilidade, se não houver critérios muito bem definidos e esclarecidos (BRASIL, 2018; BRASIL, 2019; REIS *et al*., 2019).

Investigaram-se alguns hábitos comportamentais de dependência química como tabaco, bebidas alcoólicas e drogas ilícitas. Tais hábitos, quando presentes no cotidiano da PVHIV, podem interferir quando associados à TARV, a comorbidades já existentes ou exacerbar condições metabólicas atreladas ao diagnóstico de HIV. O consumo de bebida alcoólica foi referido por 33 (71,7%) dos participantes. Dentre estes, o consumo foi de 11 (23,9%) de uma vez ao mês; 11 (23,9%), uma vez por semana e 11 (23,9%) duas vezes por semana.

Considerando que a maioria dos participantes referiu consumir bebida alcoólica, destaca-se que, com relação à TARV, diversos estudos apontam que o uso ou mesmo dependência da bebida alcoólica interfere no processo de adesão ao tratamento, proporciona falhas nos esquemas terapêutico e consequente baixa supressão da carga viral, exacerbam fatores de risco metabólicos importantes como a pancreatite medicamentosa já por vezes associada ao uso do ARV (OLIVEIRA et al., 2014 ; REGO; REGO, 2010).

Outro fator que vem atrelado ao consumo de álcool por PVHIV é o estilo de vida mais vulnerável, exposição a riscos, prática de sexo sem preservativo e não adesão ao tratamento em geral como falta a consultas e a exames. Todos esses fatores podem levam a uma piora clínica e psiquiátrica das PVHIV. Portanto é imprescindível agir proporcionando ações educativas, monitoramento dos riscos e condutas de vulnerabilidade, estímulo à participação de grupos de apoio e estratégias de redução de danos em geral como forma de resgate ao tratamento (BRASIL, 2018).

Petruzzi *et al*. (2013), em um estudo retrospectivo com 534 PVHIV, em Porto Alegre – RS, relataram o surgimento de lesões orais em pessoas com alterações de carga viral e imunossupressão moderada a grave tendo o álcool e o tabagismo como fatores importantes agentes de susceptibilidade.

Quanto ao hábito de consumo do tabaco, quase a metade dos participantes deste estudo afirmaram fazer uso. Destaca-se que o tabagismo está entre os principais fatores para Doença Cardiovascular, Infarto Agudo do Miocárdio e Acidente Vascular Cerebral. Além disso, esse hábito pode potencializar a pneumonia e está relacionado a 90% dos cânceres de pulmão. Ressalta-se, ainda, que as PVHIV possuam risco cardiovascular diferenciado por apresentar tendência à dislipidemia relacionada à TARV. O Ministério da Saúde possui programa específico de Tabagismo e recomenda, em suas diretrizes, que a interrupção do hábito de fumar seja uma medida fundamental e prioritária na redução do risco cardiovascular (BRASIL, 2018).

Estudo transversal de coorte, publicado recentemente, com 462 PVHIV de um serviço especializado na cidade de Belo Horizonte, encontrou prevalência do tabagismo de 22,7%, considerada alta quando se compara a prevalência nacional que foi estimada em 2017 em 10,1%, considerando-se a população geral brasileira. Faz um alerta aos números encontrados neste estudo, embora em uma amostra menor analisada, o que demostra a necessidade de intervenção urgente quanto ao tabagismo nessa população (TEIXEIRA *et al.*, 2020).

No que tange ao consumo de drogas ilícitas, tais como aquelas referidas pelos participantes do estudo, maconha, cocaína e ecstasy, ressalta-se que o consumo dessas substâncias pode alterar a metabolização dos ARV no organismo, interferir no sistema imunológico e reduzir a adesão ao tratamento em geral. O ecstasy pode potencializar efeito em até três vezes quando associado ao uso de inibidor de protease, em especial o Ritonavir (BRASIL, 2018).

Com relação à utilização da TARV, a maioria dos participantes havia realizado ao menos uma retirada nos últimos 12 meses. Considerando que o município aderiu à recomendação de dispensação de ARV por 3 meses, 90 dias, o dado obtido sugere contribuir para o processo de retenção durante a pandemia.

Segundo o Relatório de Monitoramento Clínico do HIV, inclui novos indicadores para monitoramento do acesso ao serviço às PVHIV durante a pandemia da COVID-19. Um dos indicadores refere-se ao número de PVHIV que

tiveram pelo menos uma dispensação de ARV nos nove primeiros meses do ano de 2020. Nos resultados encontrados da amostra entrevistada, houve dispensação superior ao indicador nacional quanto à dispensação, ou seja, mais que uma dispensação (BRASIL, 2020b).

O Brasil teve uma redução de 20% no número de PVHIV que iniciaram TARV em 2020, comparado ao ano de 2019. Alguns pontos devem ser levados em consideração para análise: a estratégia de dispensação de ARV por um período maior 60 e 90 dias, sugerida pela OMS e implementada pelo Ministério da Saúde no Brasil, como medida de redução exposição no serviço, de promoção do isolamento social e de consequente proteção das PVHIV imunologicamente estáveis durante o período pandêmico e uma possível diminuição nos diagnósticos de HIV nesse período. (BRASIL, 2020b ;BRASIL, 2020c)

Esses indicadores são recentes e necessitam de mais dados e maior espaço temporal para uma análise exploratória concisa por se estar submerso em uma pandemia com proporções magnânimas.

Os marcadores T CD4 e Carga viral são essenciais para o monitoramento da PVHIV, partindo da abordagem inicial e percorrendo todo ciclo de evolução da doença. Os dados obtidos neste estudo sugerem um bom controle dos entrevistados. Os valores obtidos referem-se ao último exame realizado pelo participante, registrado em prontuário, ou seja, o mais atual. O T CD4 permite avaliar o sistema imunológico, colabora no processo decisório de imunização e no surgimento de infecções oportunistas, quando inferior a 200 cél/ml. Nos resultados obtidos, 63,04% possuíam valores de CD4 acima de 500 cél/ml.

Já quanto ao marcador Carga Viral, o conceito de supressão viral pontual define que deve estar inferior a 1000 cópias. Quanto aos valores da amostra analisada, 97,83% estão dentro do critério de supressão viral. Somente um participante apresentou carga viral acima de 1000 cópias/ml. O valor da supressão viral no ano de 2019 no Brasil foi de 95%.

7.2 Crenças em Saúde

7.2.1 Susceptibilidade percebida frente ao HIV

Os achados encontrados no presente estudo descrevem as diferentes formas de reação dos indivíduos a respeito da crença e da aceitação quanto a sua susceptibilidade. Observa-se que alguns não reconhecem o risco, outros ainda encontram-se dentro do processo de aceitação e possuem dúvidas relacionadas à doença, porém acreditam no risco e, ainda, pessoas que reconhecem os riscos e demonstram essa crença, aplicando medidas que acreditam ter eficácia. Toda essa dinâmica encontrada é discutida na teoria de Rosenstock, quando descreve que a susceptibilidade está relacionada com o risco subjetivo a uma doença (ROSENSTOCK, 1974).

Evidencia-se que alguns participantes não reconhecem riscos, ou seja, não se reconhecem susceptíveis enquanto PVHIV. Se a pessoa não se reconhece susceptível, não acredita que está exposta, a probabilidade de adoção de medidas preventivas e seu comportamento de protagonista frente à doença fica ameaçado. No caso específico, as PVHIV podem acarretar potenciais fatores de desequilíbrio como a não adesão ao ARV, a exposição a comportamentos de risco e o tratamento em geral (ROSENSTOCK, 1974, JANZ; BECKER, 1984).

Pesquisa com mulheres soropositivas permitiu analisar os comportamentos em cada dimensão do modelo de crenças. As falas que emergiram nesta pesquisa favoreceram identificação quanto às vulnerabilidades e às atitudes das mulheres frente às situações. A aplicabilidade do MCS possibilitou ao enfermeiro identificar aspectos biopsicossociais para construir e para prestar assistência de forma singular e holística (GIR; ZAGO; DUARTE, 1998).

Ainda referente ao estudo de Gir, Zago e Duarte (1998), citado anteriormente, achados similares foram encontrados na presente investigação, uma vez que a percepção de vulnerabilidade emergiu quando alguns participantes verbalizaram que se viram diante da doença buscando adquirir conhecimento e encontraram o conceito de susceptibilidade relacionado às alterações do sistema imunológico inerente à doença aids. Reconhecer a fragilidade do sistema imunológico é extremamente importante, pois desperta na PVHIV a necessidade de adesão ao tratamento em geral e a refletir sobre o emprego de medidas de prevenção para evitar surgimento de doenças oportunistas.

Ainda no que tange ao conhecimento, ressalta-se que, além de sugerir que a pessoa vai agir preventivamente, este, por sua vez, indica um início do processo de

aceitação do diagnóstico e do tratamento da doença. Um ensaio clínico controlado, com mulheres que vivem com HIV, aplicando o MCS, e através da intervenção com aulas educacionais, indicou eficácia relacionada não só ao nível de conhecimento, mas também a atitudes sobre o HIV e a consequente mudança de comportamentos de risco (JOZANI *et al.*, 2019).

Na presente pesquisa, a detenção do conhecimento relacionado à susceptibilidade emergiu nos discursos não somente pela busca, pelo acesso ou por parte de um processo de educação por profissionais da saúde, mas também por vivenciar situações de risco grave. Em algumas vezes, a evolução da doença aids e a morte foram mencionadas quando agregadas a experiências próximas de amigos. O contexto de morte também emerge na gravidade da doença e será discutido posteriormente (NEVES; GIR, 2007).

7.2.2 Susceptibilidade percebida frente à COVID-19

A COVID-19, desde os primeiros relatórios de Wuhan na China, em dezembro de 2019, se espalhou no mundo todo e foi considerada pandemia em março de 2020. Diversos órgãos fizeram alerta quanto ao risco aumentado das PVHIV em relação à Síndrome Respiratória Grave Coronavírus (SARS-CoV-2). A fragilidade do sistema imunológico desde o diagnóstico estabelecido representa, portanto, um risco aumentado de infecção e de complicações relacionadas à COVID-19, em especial nos indivíduos cuja doença não é tratada de forma adequada (OPAS, 2020; CDC, 2020).

Novamente o risco apresentou trajetória de singularidade dentre os participantes da pesquisa, conforme sugere a teoria de Rosenstock, uma vez que alguns afirmaram desconhecer os riscos, outros buscam informações e um certo número reconhece os riscos, inclusive empregando medidas preventivas para a COVID-19.

Um estudo on-line realizado no início da pandemia na China, com 1014 PVHIV revelou que 93,79% receberam informações sobre o coronavírus, no entanto

ainda esperam entender melhor sobre sua susceptibilidade devido às questões de deficiência imunológica inerente no quadro da infecção pelo HIV (GUO *et al*., 2020).

Outra pesquisa realizada nos Estados Unidos, com idosos vivendo com HIV, aplicando metodologia online, possibilitou aos pesquisadores identificar vulnerabilidades a que esses idosos estavam sujeitos, incluindo a presença de sintomas COVID-19, dificuldades de acesso a testes e/ou medicamentos e importantes questões relacionadas ao distanciamento social, em especial, ao sentimento de solidão. Despertou nesses idosos vivendo com HIV a percepção de suas fragilidades relacionadas à COVID-19 e também se sentirem cuidados, ouvidos e seguros. Aspectos relevantes da saúde mental foram referenciados como consequência do isolamento social (ALGARIN et al., 2020).

Ressalta-se também que houve o emprego da expressão “grupo de risco” em alguns discursos. Esse termo denota a convicção da vulnerabilidade enquanto PVHIV, entretanto leva a refletir sobre os enfrentamentos que já vivenciam, sociais, psicológicos e até mesmo econômicos. Essa discussão traz como COVID-19 e HIV associados podem afetar as PVHIV. Em um estudo sobre a temática, é conceituada essa associação e apontada uma possível ação sindêmica, duas epidemias interagindo que, portanto, devem ser criteriosamente avaliadas em seus contextos (SHIAU *et al*., 2020).

Uma revisão sistemática publicada aponta incerteza e evidências no critério de susceptibilidade e sugere maior investigação sobre a gravidade dos casos de COVID-19 em PVHIV. Ressalta-se que somente um estudo na África do Sul, em uma grande população, encontrou risco de morte acima dos índices populacionais excluindo-se o fator idade. Porém o autor descreve que a população estudada tinha grande número de PVHIV com carga viral não suprimida (BROWN; SPINELLI; GANDHI, 2021; BOULLE *et al.*, 2020)

Ainda, nessa revisão, os autores apresentam outros fatores agregados que vão além do risco relacionado à imunossupressão como, por exemplo, nos EUA, quase metade das PVHIV acima de cinquenta anos são portadoras de comorbidades cardiovasculares e consomem cigarros potencializando, assim, os mesmos fatores já apontados como destaque na COVID-19 (BROWN; SPINELLI; GANDHI, 2021).

Esse resultado corrobora com os achados descritos na presente investigação em que os participantes verbalizam quanto a suas comorbidades e ao tabagismo como fator de risco predisponente para doenças respiratórias.

Em um estudo multicêntrico envolvendo PVHIV de três países, Itália, Espanha e Alemanha, 28% destes tiveram a forma grave da COVID-19 e 4% morreram. Sinaliza, ainda, que, dentre a população estudada, 94% estavam em supressão de carga viral antes do diagnóstico, considerada inferior a 50 cópias/ml. Esse mesma estudo sugere forte correlação das variáveis linfócitos T CD4 inferior a 200cel/mm³ e presença de comorbidades como agravantes em PVHIV acima de 50 anos, o que evidencia, portanto, a deficiência do sistema imunológico como possível fator de risco no desenvolvimento de forma grave da COVID-19 (HOFFMANN *et al*., 2020).

Uma revisão sistemática e meta-análise publicada em agosto de 2020 revelou que a imunossupressão e a imunodeficiência demonstraram correlação com as formas graves da COVID-19. Logo, os profissionais de saúde devem estar alerta na condução e no monitoramento quanto ao tratamento das PVHIV e demais fatores predisponentes de associação de comorbidades (GAO *et al*., 2020).

Outra revisão realizada em 2020 que analisou 25 estudos aponta o fator idade e comorbidades como determinantes nas infecções pelo coronavírus em sua forma grave nas PVHIV. A média de idade encontrada foi de 52,7 anos e as principais comorbidades e suas proporções foram a hipertensão (39%), a obesidade ou a dislipidemia (19,3%), doença obstrutiva crônica (18%) e a diabetes mellitus (17,2%). O fator de risco relacionado ao hábito do tabagismo também surge com destaque prevalente em 21,7% dos estudos. Conclui que as comorbidades devem ser identificadas e deve haver garantia de fornecimento da TARV como medida de controle e de prevenção de formas graves da COVID-19 (MIRZAEI *et al.*, 2020).

As comorbidades referidas nos discursos desta pesquisa foram as mesmas citadas como prevalentes nos estudos discutidos: hipertensão, diabetes mellitus e doenças respiratórias, sinalizando conhecimento dos participantes acerca da temática.

As descobertas no que tange à COVID-19 e sua conexão com a infecção pelo HIV ainda prosseguem evoluindo e denotam incertezas em alguns fatores por estar ainda recente na literatura. Contudo o conhecimento das PVHIV embora limitado e ainda sugestivo de insegurança quanto à vivência da pandemia, demonstrou

aspectos positivos quando nos discursos emergiram a ideia central de preservação do sistema imunológico e a adoção de medidas de prevenção.

As medidas de prevenção que surgiram nos segmentos de texto foram a higienização das mãos e o emprego do álcool em gel, cuidados com pertences e roupas, principalmente quando vêm de ambiente externo para a casa, a importância do isolamento social e a manutenção da TARV, todas seguindo protocolos internacionais como OMS, UNAIDS e CDC e nacionais, divulgados pelo Ministério da Saúde no Brasil (CDC,2020 ; UNAIDS, 2020; WHO, 2020; BRASIL, 2020d ; BRASIL, 2020e).

A ação frente à percepção de risco denota que o estímulo aconteceu dentro do processo teórico do Modelo de Crenças em Saúde. Os segmentos aqui evidenciados sugerem que foram principalmente por estímulos externos como experiências de pessoas próximas, interações pessoais e impacto dos processos de educação das mídias intensamente presente na pandemia da COVID-19, também chamada de pistas para agir conforme descrito por Rosenstock (ROSENSTOCK, 1974; JANZ; BECKER, 1984).

7.2.3 Gravidade percebida frente ao HIV

O contexto de singularidade adotado no modelo teórico de Crenças em Saúde apresenta-se na dimensão da gravidade percebida quando os participantes permeiam desde desconhecimento, conhecimento limitado, conhecimento evidente e enorme contribuição das experiências vivenciadas para a compreensão e para a ação frente à doença (ROSENSTOCK, 1974).

A dimensão gravidade percebida é evidente nos discursos analisados por vir ao encontro de uma das principais definições citadas por Rosenstock que se trata da perturbação emocional que a doença desencadeia. Ressaltam-se aqui alguns termos referidos por eles como *“morrer sem saber”, “não vai ter volta”, “tive medo”, “consumindo todo seu organismo”* e *“é muito cruel”.*

Embora após longos anos de epidemia da aids em todo mundo e especialmente no Brasil que há mais de 30 anos se empenha no acesso ao

tratamento e a uma política pública elogiada internacionalmente, ainda apresenta um conhecimento limitado e forte contexto relacionando à morte ao HIV. Um estudo com 48 PVHIV idosos em Recife/PE evidenciou que o HIV ainda está associado ao medo da morte (BRANDÃO *et al.*, 2019).

Outra pesquisa qualitativa realizada em Ribeirão Preto comparando pessoas sintomáticas e assintomáticas apontou a presença do medo da morte e do isolamento social em ambos os grupos e as vivências emocionais foram evidenciadas de forma mais intensa no grupo sintomático. Os autores apontam que os diferentes modos de enfrentamentos estão ligados à história de vida das pessoas (FIORONI; FIGUEIREDO, 2003).

O medo de adoecer e da morte também é amplamente discutido em um estudo com adultos jovens vivendo com HIV de 15 a 24 anos, o qual discute a complexidade e a multifatoriedade que envolve a adesão ao tratamento das PVHIV (COSTA; MEIRELLLES, 2019).

Outra investigação que avaliou 73 PVHIV de um serviço ambulatorial em São Paulo, aplicando o Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG), adaptado para o Brasil, demonstrou forte relação do “desejo de morte” relacionado à adesão aos ARV e aos sintomas de transtornos mentais comuns em quadros depressivos (CAMARGO et al.,2014).

No presente estudo, evidencia-se que as experiências de vida assumem o protagonismo na dimensão da gravidade percebida, trazendo consigo importantes fatores motivacionais para tomada de decisão frente a situações de ameaça como descrito no modelo teórico de crenças. Quando a experiência de gravidade é próxima à pessoa, esse fator é considerado externo, ou seja, fruto de interações pessoais e, quando a experiência é vivenciada, o fator interno prevalece. Sugere que a pessoa não somente compreende a gravidade como utiliza da experiência vivenciada como instrumento para a ação (ROSENSTOCK, 1974, JANZ; BECKER, 1984).

O tratamento com ARV é apontado pelos participantes da pesquisa como alicerce motivacional que impulsiona para estabelecer medidas de prevenção nas quais a gravidade venha ser exacerbada. Acreditam no potencial da TARV como essencial para impedir a evolução do HIV para a doença aids. Alguns termos que emergiram demonstram esse contexto como “*eu não paro não”, “medicação pra mim é sagrada”, “não posso parar”, e “se não se cuidar que vai avançar pra uma aids”.*

7.2.4 Benefícios percebidos

A dimensão que contempla os benefícios percebidos pelas PVHIV após o diagnóstico da doença foi abordada e trouxe relevantes achados. O benefício se faz evidente quando a pessoa percebe que, ao tomar determinada atitude, pode minimizar a susceptibilidade e a gravidade, favorecendo, assim, a obtenção de ganhos para sua vida. Os benefícios que emergiram foram a TARV, despertar para os cuidados com o
outro por meio do uso do preservativo, a preocupação com a saúde, a busca por informações de qualidade e a relevância dos aspectos emocionais positivos no enfrentamento.

Em um estudo com PVHIV e também com portadores de HAS, investigou-se a adesão aos tratamentos das doenças, aplicando o MCS e se obtiveram resultados de maior adesão aos ARV quando comparados aos anti-hipertensivos. Os participantes também descreveram os benefícios que a TARV proporciona reduzindo risco de alteração do sistema imunológico e afirmaram que se sentem mais fortes e protegidos, utilizando o termo “doadora de vida” para a TARV (HING *et al.*, 2019).

De acordo com de Kok *et al.* (2018), a adesão à TARV deve ser amplamente discutida e consiste em tomada de decisão compartilhada e não somente objetivando alcance de metas públicas. Há um desafio de proporcionar empoderamento, confiança entre os atores e assistência centrada no paciente são pilares essenciais para que os processos de adesão se tornem efetivos.

Em um estudo de coorte realizado em Belo Horizonte/MG, sobre a qualidade de vida das PVHIV os autores evidenciaram que a qualidade de vidas dessas pessoas melhorou após iniciada a TARV, configurando-se, assim, como benefício efetivo (PIMENTEL *et al.*, 2020).

Os benefícios da TARV têm sido amplamente discutidos no meio cientifico, não apenas pelos fatores biológicos de estabilização da doença e da transmissão do vírus, como também pelos fatores psicossociais que proporciona como a qualidade de vida das PVHIV. Inúmeras estratégias estão sendo desenvolvidas para fundamentar a adesão dentro dos princípios de qualidade de vida. A tecnologia se apresenta como uma ferramenta promissora. Uma pesquisa recente de interesse

comercial na Flórida avaliou a utilização de uma plataforma digital de intervenção através de mensagens em forma de lembretes sobre a medicação, monitorando por 90 dias em três ações pontuais nos dias 0, 30 e 90 e despertou interesse em 92% da amostra em utilizar a ferramenta digital (MORANO *et al.*, 2019).

Acredita-se que toda estratégia tecnológica que visa aprimorar a adesão à TARV é de grande relevância, principalmente quando se vivencia um período pandêmico da COVID-19 em que se faz necessária a adaptação quanto às medidas de isolamento social.

Outro benefício referenciado no presente estudo é a prática do uso do preservativo nas relações sexuais em um contexto de *"cuidar do outro" e* de *"evitar transmitir o vírus"*. Os participantes sinalizaram que reconhecem que o preservativo é essencial, porém não fica clara a presença de estímulos concretos para a tomada de atitude presente no MCS (ROSENSTOCK, 1974; JANZ; BECKER, 1984).

A importância das práticas sexuais seguras é reconhecida como um pilar de sustentação na contenção da epidemia do HIV e traz o uso do preservativo como essencial. Garcia e Souza (2010) descrevem o comportamento de homens mais velhos em um estudo qualitativo, realizado na cidade de São Paulo e em Recife. Ao perguntar sobre as melhores formas de prevenção do HIV, os homens afirmaram a reduzir o número de parceiras, possuir exclusividade sexual e conhecer a parceira, o que reafirma o comportamento vulnerável, resistente ao uso do preservativo em relações fixas.

Outra pesquisa com mulheres positivas e com profissionais de saúde em Moçambique revelou contexto de vulnerabilidade e de gênero, correlacionando ao aspecto sociocultural em que os homens são onipotentes e as mulheres, submissas. Esse estudo refere que, nos dois grupos, as falas convergem que as mulheres não conseguem negociar uso de preservativos com os homens. Ainda, os profissionais de saúde afirmam que 60% das mulheres são analfabetas e não sabem usar o preservativo, o que denota limitações no processo de educação em saúde (ESTAVELA; SEIDL, 2015).

Ao analisar os discursos do presente estudo, percebe-se que os participantes reconhecem o uso do preservativo como benefício, porém é necessário maior investigação acerca do contexto. A expressão *"cuidar do outro"* emerge no sentido de busca pelo aprimoramento das relações e pela consequente qualidade de vida.

Outro benefício de destaque é a chamada “preocupação com a saúde” referida como positivo ganho que surge após o diagnóstico de HIV. Um dos benefícios citados é a atividade física. Essa situação foi descrita por Medeiros *et al.* (2016) que observou em um estudo com 227 PVHIV no Rio Grande do Norte que fatores socioeconômicos e ausência atividade física demonstrou que pode influenciar na qualidade de vida. São necessárias políticas públicas que incentivem sua adequação nos espaços da sociedade, objetivando compor o tratamento integral.

A atividade física verbalizada nos discursos registra não só o benefício para quem já praticava quanto para quem iniciou após o diagnóstico de HIV buscando melhoria nos hábitos de vida. Houve também relato das adequações que alguns fizeram quanto ao momento da pandemia da COVID-19 em que o mundo se encontra. Fabrizio *et al.* (2020) discutem a temática enfatizando os benefícios da atividade física para as PVHIV quanto à melhora no sistema imunológico e nos estímulos ao corpo e à mente de importância ímpar durante a pandemia. Descreve uma série de recomendações possíveis, respeitando o isolamento social e minimizando o risco de solidão.

Uma pesquisa investigou as estratégias de enfrentamento frente à doença, com 331 PVHIV no Nordeste do Brasil. Utilizando uma escala validada, observaram que os escores de maior enfrentamento estavam ligados à emoção. Essa pesquisa corrobora os achados deste estudo em que se encontrou, em alguns segmentos, o emprego dos sentimentos positivos no enfrentamento da doença. Esse fator sugere que o processo de aceitação está em evolução e em busca de conhecimento. Aponta também que os aspectos emocionais positivos estão associados ao bem-estar e contribui na condução do tratamento em geral (SILVA *et al.*, 2018).

7.2.5 Barreiras percebidas

O MCS faz referência de que as barreiras percebidas sofrem influência de estímulos sociais e o meio que a pessoa está envolvida e, portanto, é de crucial importância entender esse processo de enfrentamento. A crença das pessoas frente

a uma situação pode gerar sentimentos desagradáveis e mais evidentes se os aspectos negativos se tornarem intensos. Barreiras podem adquirir uma dimensão até mesmo conflituosa, o que pode causar danos se não forem bem conduzidas (ROSENSTOCK, 1974, JANZ; BECKER, 1984).

Uma barreira que foi fortemente citada nas entrevistas foi o preconceito e estigma social. A UNAIDS publicou em dezembro de 2010 uma série de estratégias com tema “chegando a zero” em que uma das propostas inclui a redução da discriminação. As intervenções permeiam temas de vulnerabilidade feminina, legislações de inclusão, violência de gênero, entre outros. Demonstra uma preocupação mundial em intervir não só nos aspectos biológicos relacionados à aids, mas no contexto social tão primordial na vida das pessoas (UNAIDS, 2010).

Em um estudo publicado recentemente avaliando o estigma em pesquisas envolvendo HSH de 2011 a 2017, na cidade de São Francisco nos Estados Unidos, os autores observaram discreta melhora na percepção de estigma ao decorrer dos anos avaliados e apontaram dificuldades em alcançar a meta proposta pela UNAIDS de estigma zero (BELTRAN *et al*., 2019).

Uma revisão sistemática e meta-análise ampla concluem que o estigma relacionado ao HIV compromete a adesão aos ARV (KATZ *et al.*, 2013). A pessoa, quando se vê em uma situação social ameaçadora, pode desencadear sentimentos como medo, depressão e baixa auto-estima, o que compromete as ações positivas no tratamento da doença.

Em uma pesquisa com 258 PVHIV realizada no Sul de Minas Gerais, foi aplicada uma Escala de Estigmatização cujos dados revelaram que o estigma pode afetar a vida das PVHIV e interferir no tratamento. Os autores propõem mais estudos investigativos abordando o preconceito mediante a dimensão que o tema envolve (CALIARI *et al*., 2017).

Nos discursos do presente estudo, percebe-se o preconceito envolvido no meio familiar, social e no trabalho. Denota que são necessárias intervenções educativas em todos os espaços da sociedade e que a omissão de condutas pode levar ao comprometimento do alcance da meta 90-90-90 em seu contexto geral do fim da epidemia de aids até 2030. A UNAIDS destaca os aspectos sociais como primordiais e enfatiza o acesso a testes e a adesão ao tratamento, especialmente junto a populações-chave (UNAIDS, 2015).

Para Jesus *et al.* (2017), em seu estudo realizado com 26 PVHIV as dificuldades vão além da doença em si. Aponta as dificuldades referidas em classes como o preconceito familiar e social, o risco de transmissão/parcerias e a qualidade de vida.

Achado similar foi encontrado no presente estudo quando as PVHIV fazem referência do preconceito no ambiente de trabalho, familiar e social enfatizado pelos termos "... *algum chefe... saber que você tem HIV e te tratar diferente*", "*tia não deixava nem beber água no mesmo copo" e "preconceito na casa de amigos"*. E justificam, assim, que, por medo de sofrer esses preconceitos, optaram por não revelar o diagnóstico :*"Medo se alguém descobrir que tenho HIV e me discriminar" (P16).*

Um estudo qualitativo, realizado na cidade de Bogotá, se propôs a investigar os significados do trabalho na vida das pessoas com HIV e, entre as categorias descritas, surgiu o estigma e discriminação no trabalho. O dilema de revelar o diagnóstico presente na temática são os mesmos referidos em algumas falas neste estudo e sinaliza que, em sua maioria, a escolha que se faz por não revelar (ARÉVALO BAQUERO; RUBIANO-MESA, 2018).

O estigma no ambiente familiar também pode levar a experiências desagradáveis, interferir no cotidiano e influenciar que a PVHIV faça opção pelo sigilo. Para Renesto *et al.* (2014), o estigma referido por mulheres em um estudo do Recife foi um marco em suas vidas. Nesse estudo qualitativo, as mulheres entrevistadas reafirmam que houve necessidade de não revelar o diagnóstico, justificado pelas experiências negativas que vivenciaram e por tentativas de viver uma "vida normal". Esse estudo traz também a forte evidência de preconceito no ambiente familiar, embasando o sigilo do diagnóstico.

Os autores descrevem neste mesmo estudo as dificuldades das mulheres na assistência em locais de saúde como preconceito, desrespeito ao sigilo e conflitos com profissionais. O achado também ficou evidente nos discursos dos participantes desta pesquisa quando verbalizam sentir medo, receio e chegaram a afirmar que não gostam de ir ao CTA/SAE, não pelos profissionais, mas pelo risco de serem vistos e de terem seu diagnóstico revelado (RENESTO *et al.*, 2014).

Algumas expressões foram extremamente significativas no presente estudo e denotam similaridade com estudo de Renesto *et al.* (2014). Indicam a complexidade

e a dimensão do sigilo na vida das pessoas e toda carga emocional que representa: “Viver escondido”, “Jamais irão saber”, “Segredo que carrego comigo”.

O contexto de sigilo também foi avaliado em um estudo qualitativo com casais sorodiferentes. A autora aprofunda uma reflexão sobre “Segredo e Silêncio”, abordando como casais relacionam-se entre segredos individuais e segredos do casal. Algumas estratégias podem ser determinantes, pois preservam espaço do casal ou colocam risco à exposição da vida privada na sociedade, denominados por muitos com termo “fofoca” (MAKSUD, 2012).

Os relacionamentos foram outra barreira proferida no estudo que traz o agir frente à revelação do diagnóstico, conflitos em relacionamento estáveis, sorodiferentes e até mesmo a opção de não mais se relacionar com ninguém.

Um estudo qualitativo documental, cujos autores analisaram as falas de PVHIV em um blog sobre HIV/AIDS, expressa em duas categorias os conflitos em relacionamentos “não tive coragem de contar” e “sumiu do nada”. Achados como esse com a mesma conotação foram encontrados nos resultados desta pesquisa. Concluíram que, mesmo avaliando pelo prisma da singularidade, houve a presença do dilema da revelação e da difícil vivência amorosa revelada em experiências com sofrimento e com estigma. Destaca, ainda, o benefício do espaço virtual de troca de experiência entre as pessoas (BORGES; SILVA; MELO, 2017).

Todos os conflitos gerados pelo diagnóstico do HIV nos relacionamentos amorosos devem ser analisados de forma singular. A vivência da sexualidade está alocada dentro do campo privativo e exige habilidade dos profissionais para auxiliar o casal na condução dos enfrentamentos.

As autoras Reis e Gir (2010) fomentaram a discussão em um estudo qualitativo entrevistando PVHIV em relacionamento com parceiros não reagentes. Ao analisar os discursos, as autoras descreveram aspectos encontrados como medo da transmissão, sentimento de culpa, alteração na libido e abstinência sexual. Esses aspectos também se evidenciaram neste estudo quando alguns participantes referiram como barreira as mudanças ocorridas, o sentimento de medo, o incômodo, a privação de relacionar com alguém, de conhecer pessoas e a própria abstinência sexual.

De modo semelhante, Albuquerque, Batista e Saldanha (2018) apontam, em um estudo com PVHIV em relacionamento sorodiferente, conflitos pautados em

aspectos sociais onde o preconceito ainda é evidente e sugerem políticas públicas específicas para melhor acolher e assistir essas pessoas.

A TARV emerge nos discursos como barreira não somente pelos aspectos biológicos que uma medicação de uso contínuo desencadeia na vida das pessoas, mas, sim, marcada por questões psicossociais. Estudo qualitativo envolvendo diversos serviços no estado de São Paulo entrevistou 34 PVHIV e na investigação sobre os os desafios da adesão aos ARV, concluiu que os desafios socioculturais são os mais difíceis de serem superados como tomar medicamento escondido, lembrar-se do diagnóstico e inserir no cotidiano administrando fatores externos como o consumo de drogas e de bebida alcoólica (MELCHIOR *et al.*, 2007).

As autoras Costa e Meirelles (2019), em um estudo qualitativo com jovens de 15 a 25 anos vivendo com HIV, discutiram a complexidade na adesão ao tratamento. Nos discursos analisados, fica evidente que a aceitação do diagnóstico e o apoio são os eixos do processo de adesão ao tratamento. Enfatiza que os profissionais de saúde devem prestar assistência com olhar para a singularidade e para a complexidade que o cenário apresenta.

Diante das barreiras referidas e do consequente potencial de geração de conflitos, o MCS relaciona que a prontidão para agir fica comprometida. Portanto estratégias de ação são cruciais para o estímulo e para o apoio às PVHIV no enfrentamento das barreiras. O foco é fazer com que a pessoa se sinta motivada para agir ou faça opção por entender primeiro os sentimentos desagradáveis que permeiam como medo e ansiedade, tendo em vista a enorme abrangência de aspectos psicossociais presentes nessa crença (ROSENSTOCK, 1974).

7.3 O Apoio recebido

O apoio às PVHIV é discutido em vários estudos e se apresenta como primordial para o alcance da qualidade de vida. Um estudo quantitativo sobre a influência das crenças na qualidade de vida e na adesão ao tratamento aplicou o Instrumento de Avaliação da Qualidade de Vida - *World Health Organization Quality of Life Group* (WHOQOL-120HIV) - da Organização Mundial de Saúde em 25 PVHIV

no Paraná. Os resultados levaram a concluir que a religião/crenças influencia positivamente na qualidade de vida (GUILLEN *et al.*, 2014).

Alguns termos presentes nos discursos enfatizam a força da espiritualidade na vida das PVHIV: *"Só Deus"; "Meu socorro é Deus", "[...] eu tenho espiritualidade muito forte[...]".* Isso denota que os achados corroboram outras investigações e descrevem um *"Deus"* presente como apoio para enfrentar as barreiras impostas pelo diagnóstico.

Um estudo com metodologia participativa, realizado por uma equipe de profissionais de saúde, por teólogos e por pós-graduandos propôs a temática da espiritualidade para as PVHIV. As oficinas proporcionaram análise de vários contextos e de histórias de vida que entrelaçam temas como estigma, corpo, relacionamento e a própria espiritualidade a qual a autora denomina "Espiritualidade de Cura". A autora conclui que, durante o processo, pôde observar que os participantes se sentiram seguros para a reflexão de sentimentos e da espiritualidade presentes em suas vidas. Aponta a expressão "Ressignificar a vida" como alicerce e a sugestão dos participantes de mais espaço para serem ouvidos (BECERRA-MELO, 2017).

Em outro estudo, publicado recentemente com 17 PVHIV, os autores concluíram que as crenças religiosas influenciam positivamente, estimulando mudanças de comportamento importantes na vida das PVHIV e apoio para os enfrentamentos, principalmente do estigma (SILVA *et al*., 2020).

Outro apoio que emerge nas falas é o contexto familiar. Vários vínculos foram citados: mãe, irmãos, filhos, primos e outros. Um estudo realizado com PVHIV ambulatorial, utilizando os instrumentos Questionário de Saúde Geral de Goldberg (QSG) e Inventário de Percepção de Suporte Familiar (IPSF), apontou o suporte familiar como facilitador na adesão ao tratamento e como atenuador de aspectos relacionados à saúde mental (CAMARGO; CAPITÃO; FILIPE, 2014).

Dentre as falas, estão os termos "ajuda", "conselho", "me ouve" e "me apoia" que bem representam o apoio da família. Outro estudo, aplicando o Inventário de Estratégias de Enfrentamento (IEE) com PVHIV no Nordeste, apresentou em seus resultados que as pessoas que moravam com familiares e receberam apoio de companheiro apresentaram maior escore para enfrentamentos e suporte social (SILVA *et al.*, 2018).

O MCS descreve que a ação positiva frente à doença pode efetivar-se quando o apoio funciona como o gatilho, ou seja, como o estímulo externo para a ação. Esse apoio pode vir atrelado à própria assistência prestada pela equipe interdisciplinar. Para isso, o profissional de saúde deve transpor a barreira do estigma, estar apto para acolher e para assistir de forma integral as PVHIV com compreensão da complexidade e da singularidade que o cenário exige.

7.4 A assistência às PVHIV

Diante da complexidade da assistência, este estudo objetivou descrever qualitativamente como as PVHIV percebiam a assistência que recebiam dos profissionais. O Ministério as Saúde no Brasil define, no Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos, o cuidado contínuo da PVHIV em forma de cascata e traz os momentos em destaque, a vinculação, a retenção e a adesão. Neste estudo, observaram-se diversos relatos que afirmam a importância de cada um deles no envolvimento das PVHIV no processo de cuidado. No contexto de vinculação, traz a seguinte definição:

> "Vinculação: é o processo que consiste no acolhimento, orientação, direcionamento e encaminhamento de uma pessoa recém-diagnosticada com HIV ao serviço de saúde para que ela realize as primeiras consultas e exames o mais brevemente possível e desenvolva autonomia para o cuidado contínuo" (BRASIL, 2018).

Pode-se evidenciar em vários discursos o relato dos participantes afirmando que são acolhidos e ouvidos pela equipe do setor. Outro aspecto que permite identificar o processo de vinculação é quando os participantes verbalizam que são atendidos prontamente nas suas demandas e referenciados quando se fazem necessárias outras especialidades fora do alcance do serviço especializado. Os exames, as consultas e a continuidade do tratamento também são verbalizados pelos participantes que exaltam o compromisso da equipe em agir prontamente e em envolver as PVHIV no processo de cuidado e de tratamento de saúde no geral.

Um estudo que procurou avaliar a satisfação de 301 PVHIV aplicando um instrumento denominado *European Task Force on Patient Evaluation of General Practice Care* (EUROPEP), adaptado para o Brasil, em um serviço no Paraná obteve escores bom e muito bom ao avaliar os profissionais de saúde quanto aos critérios de cuidados, ao apoio emocional, às informações e ao processo de comunicação. No mesmo estudo, foram obtidos escores inferiores na organização do serviço, do tempo de espera em consultas e de informações por telefone. Esses achados considerados negativos para um bom funcionamento do serviço sugerem necessidade de aprimoramento (GUILHERME; YAMAGUCHI; MASSUDA, 2020).

Esse resultado corrobora os achados presentes nos discursos em que a maioria dos participantes referiu receber uma assistência de qualidade e enfatizou a satisfação não somente quanto ao serviço em geral, mas, sim, aos profissionais que lá trabalham.

Grande parte do processo de vinculação acontece na primeira assistência às PVHIV e demanda intenso empenho da equipe multidisciplinar em acolher, em investigar, em explorar, em esclarecer e, caso necessário, em referenciar a outros membros da equipe para atendimento sempre proporcionando segurança e empatia para favorecer a vinculação. A efetividade do processo de vinculação pode repercutir diretamente na adesão ao tratamento geral e na própria TARV (BRASIL, 2018).

Outro contexto que faz parte da cascata de cuidados é a Retenção, que consiste no monitoramento da PVHIV. O PCDT traz a seguinte definição:

> "Retenção: é o processo que consiste no acompanhamento clínico regular e contínuo da pessoa que vive com HIV já vinculada ao serviço de saúde, garantindo que ela compareça às consultas, faça exames regularmente e, se estiver em terapia, realize também o seguimento do seu tratamento, respeitando a sua autonomia" (BRASIL, 2018).

Durante o processo de coleta de dados, aconteceram dois momentos de coleta mensal de exames de monitoramento, ou seja, carga viral e linfócitos T-CD4+. Os usuários do serviço já possuem seus meses de referência determinados pelo serviço, sendo responsáveis por comparecer para a coleta de exames a cada seis meses para monitoramento da evolução da infecção pelo vírus HIV, seguindo, assim, o protocolo do determinado pelo Ministério da Saúde (BRASIL, 2018).

Houve registro dos participantes que citaram a cumplicidade e o compromisso da equipe em estimular o comparecimento ao serviço, fazendo contato telefônico, abordagem individual e apontando melhora no quadro. Essas estratégias favorecem, assim, a retenção no serviço.

O processo de retenção é desafiador para os serviços de assistência especializada. Em alguns discursos, houve relato em que o participante diz que não gosta de comparecer ao setor com a justificativa de medo de exposição e de revelação do sigilo em sociedade e outras inúmeras dificuldades sociais que podem influenciar na retenção. Um estudo recente, desenvolvido pelo Centro de Referência e Treinamento DST/AIDS-SP - Coordenação do Programa Estadual de IST/AIDS do Estado de São Paulo, obteve êxito ao implementar uma metodologia de discussão de dados, de fluxo e de processos de trabalho e de troca de experiências ao capacitar 21 serviços de atenção especializada no Estado (LOCH *et al.*, 2020).

Outro destaque que se evidencia é que a coleta de dados aconteceu no período pandêmico da COVID-19. Alguns participantes verbalizaram receio de comparecer às coletas mensais para exames de monitoramento, justificando a probabilidade de exposição ao coronavírus. A equipe multidisciplinar do serviço especializado verbalizou que houve uma redução na adesão aos exames de monitoramento durante o período pandêmico. O Relatório de Monitoramento Clínico do HIV 2020 já sinaliza esses possíveis impactos da pandemia e estabelece indicadores de monitoramento (BRASIL, 2020b).

Um dos médicos da equipe foi designado para atendimentos a distância, utilizando de princípios da telemedicina e o enfermeiro ficou afastado de março a julho, ambos obedecendo a critérios de risco por idade e por doença pré-existente, por caracterizar risco para a COVID-19. O emprego da telemedicina é uma das recomendações mundiais. Neste estudo, alguns participantes usufruíram dessa modalidade de atendimento, afirmando ser uma experiência exitosa (CDC, 2021; BRASIL, 2020c).

O outro médico e os demais profissionais da equipe interdisciplinar permaneceram atendendo de forma convencional na unidade, exercendo suas atividades conforme o habitual. Esse relato foi confirmado pelos participantes, ao afirmarem que o serviço não interrompeu os atendimentos. Somente um participante relatou dificuldade em outros setores de saúde de referência em especialidades que se encontraram com atendimento suspenso no período pandêmico.

Ainda dentro da cascata de cuidados contínuos, apresenta-se a definição de adesão ao tratamento:

> "Adesão ao tratamento: consiste na utilização ideal dos medicamentos ARV da forma mais próxima possível àquela prescrita pela equipe de saúde, respeitando as doses, horários e outras indicações" (BRASIL, 2018).

Em alguns pontos da pesquisa, observam-se aspectos relacionados à adesão no contexto geral, visto que o tema exige diversos critérios a se considerar. Aqui faz-se referência somente quanto à assistência no serviço especializado. Alguns participantes afirmaram apoio da equipe, a gratuidade dos medicamentos ARV e o bom relacionamento com o médico na adequação quanto a doses, a horários e a possíveis intolerâncias como essenciais para adesão. Esses pilares estão descritos no PCDT como fatores que facilitam a adesão (BRASIL, 2018).

Uma participante apontou um aspecto a melhorar na assistência à PVHIV, relacionado ao acesso gratuito a outros medicamentos, exceto ARV. Ressaltou dificuldade financeira para tratamento de outras infecções como exemplificada por ela, um distúrbio oftalmológico e de prótese dentária. No estudo de Hing *et al.* (2019), aplicando modelo de crenças em saúde com PVHIV que também são hipertensas, concluiu o custo dos medicamentos anti-hipertensivos foi referido como principal barreira que possui correlação direta com a não adesão. Sugere que o aspecto de custo seja criteriosamente avaliado, visando não comprometer o tratamento.

Os processos de vinculação, de retenção e de adesão dentro da Cascata de Cuidados Contínuos são analisados pelo Ministério da Saúde de forma quantitativa através de indicadores que permitem a visualização do perfil de cada Serviço Especializado. Fornece um panorama global e favorece uma perspectiva de ação frente a lacunas de cada região, estado e do país em geral. Já os processos citados, contribuíram, dentro da metodologia qualitativa, para a percepção das PVHIV que vivenciam essa dinâmica dentro do contexto de singularidade e de sujeitos da própria história. Portanto descreve uma rica contribuição aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, a fim de prestar assistência integral e de qualidade.

Conclusão

8 CONCLUSÃO

No presente estudo, a aplicação do modelo de crenças em saúde permitiu identificar o conhecimento das PVHIV acerca do próprio diagnóstico. Portanto trouxe na subjetividade a compreensão de como as PVHIV vivenciam a susceptibilidade, a gravidade, os benefícios e as barreiras relacionadas à doença, além de promover reflexão das atitudes e dos aspectos motivadores para efetivar a ação frente aos enfrentamentos.

Aspectos relacionados à vulnerabilidade, como o não uso de preservativo, a ausência de testagem por parceiros sorodiferentes, os hábitos nocivos à saúde como consumo de cigarros e bebidas alcoólicas, evidenciaram-se nos achados. A pandemia da COVID-19 emergiu nos discursos o sentimento de susceptibilidade, associado ao HIV, à busca por informações assertivas e à aplicação de medidas de prevenção, sendo evidenciadas como pilares para evitar contexto sindêmico com HIV.

A maioria dos participantes relacionou a susceptibilidade percebida à fragilidade do sistema imunológico inerente ao HIV. Quanto à gravidade percebida, a experiência vivenciada, ou mesmo de pessoas próximas ao convívio, denota compreender o potencial da doença, evidenciando o medo da morte.

O tratamento com ARV é referido pelas PVHIV como benefício importante. Porém, em alguns discursos, é citado como agente que relembra a presença do diagnóstico no cotidiano. Tal percepção sugere que o participante se encontra em processo de aceitação do diagnóstico e experimenta sentimentos desagradáveis no contexto de elaboração.

Dessarte, evidenciou-se a forte presença dos aspectos psicossociais como o preconceito, o medo da revelação do diagnóstico, as relações familiares e os conflitos focados na emoção. Estes são apontados como barreiras desafiadoras no enfrentamento da doença. A religiosidade, o apoio familiar e a postura positiva frente aos aspectos negativos se mostraram fortes alicerces e propulsores de motivação para enfrentamento.

A necessidade de apoio às PVHIV denota evento primordial em toda a trajetória, seja por parceiros, por familiares, por amigos e pela própria equipe interdisciplinar

que o assiste. Ainda, quanto à equipe e aos serviços prestados as PVHIV, participantes deste estudo se mostraram satisfeitos com a assistência recebida.

Considerações Finais

9 CONSIDERAÇÕES FINAIS

A percepção de susceptibilidade e de gravidade, relacionada à infecção pelo HIV, sugere nivelar sua trajetória com a própria evolução e caracterização da epidemia de HIV/AIDS, partindo de doença fatal para doença crônica. A cronicidade aqui descrita permitiu compreender a doença dentro das suas limitações para alcançar a estabilidade, apontando o conceito de tratamento ampliado para além da TARV.

O acesso e a gratuidade do ARV são uma grande conquista e proporcionam um alicerce essencial para a busca constante e ampliada do conceito de qualidade de vida. Contudo, vale ressaltar que é crucial que a assistência seja pautada na singularidade e na construção conjunta do projeto terapêutico, buscando compreender e respeitar a multifatoriedade inerente ao processo de adoecimento do HIV/AIDS.

Algumas lacunas foram sinalizadas pelos participantes como possíveis “falhas” como a deficiência de informação no que tange à COVID-19 e a potenciais agravos do HIV. Sugere-se implementar um programa de educação permanente aos profissionais de saúde para que, ao adquirir conhecimento, possam desempenhar o papel de educadores com segurança,promovendo a qualidade na assistência.

Cabe ressaltar que, na unidade em que o estudo, foi realizado não há um programa específico de atenção à demanda de atendimentos em grupo e a atendimentos a casais sorodiferentes, portanto, será apresentado à coordenação e gestores como sugestão para a implantação no serviço.

Assim, a aplicação do referencial teórico do Modelo de Crenças em Saúde favoreceu a análise do comportamento das PVHIV, desta pesquisa, frente às suas vivências. Desse modo, sugere-se proporcionar aos profissionais de saúde, em especial ao enfermeiro, uma visão ímpar para desenvolver a escuta ativa e para colaborar na construção e na ressignificação de projetos de vida.

.

Referências

REFERÊNCIAS

ALBUQUERQUE, J. R.; BATISTA, A. T.; SALDANHA, A. A. W. O fenômeno do preconceito nos relacionamentos sorodiferentes para o HIV/AIDS. **Psicologia, Saúde & Doenças**, v. 19, n. 2, p. 405-21, 2018.

ALGARIN, A. B.; VARAS-RODRÍGUEZ, E.; VALDIVIA, C.; FENNIE, K. P.; LARKEY, L.; HU, N. et al. Symptoms, Stress, and HIV-Related Care Among Older People Living with HIV During the COVID-19 Pandemic, Miami, Florida. **AIDS Behavior,** v. 24, p. 2236-38, 2020.

ANDRADE, R. G.; IRIART, J. A. B. Estigma e discriminação: experiências de mulheres HIV positivo nos bairros populares de Maputo, Moçambique. **Caderno de Saúde Pública,** Rio de Janeiro, v. 31, n. 3, p. 565-574, 2015.

ARÉVALO-BAQUERO, Á. M.; RUBIANO-MESA, Y. L. Sentidos do trabalho em pessoas que vivem com HIV. **Jornal da Escola Nacional de Saúde Pública**, v. 36, n. 3, p. 79-89, 2018.

BECERRA-MELO, S. La espiritualidad en pacientes que viven con VIH. **Cuestiones Teológicas**, v. 45, n. 103, p. 149-175, 2018.

BELTRAN, S.; CHEN, Y. H.; MILLER, D.; ICK, T.; LIN, J.; PACKER, T. et al. Chegaremos ao estigma zero do HIV em São Francisco?. **AIDS and Behavior,** v. 24, n. 1, p. 5-7, 2020.

BORGES, R. E. A.; SILVA, M. F. S.; MELO, L. P. “But I didn’t have the courage to tell”: disclosure of serostatus in the love/sex life of people living with HIV. **Saúde e Sociedade**, v. 26, p. 664-75, 2017.

BOULLE, A.; DAVIES, M. A.; HUSSEY, H.; ISMAIL, M.; MORDEN, E.; VUNDLE, Z. et al. Fatores de risco para morte por COVID-19 em um estudo de coorte populacional da Província do Cabo Ocidental, África do Sul. **Infectious Diseases Society of America,** c1198, 2020.

BRANDÃO, B. M. G. M.; ANGELIM, R. C. M.; MARQUES, S. C.; OLIVEIRA, D. C.; OLIVEIRA, R. C.; ABRÃO, F. M. S. Social representations of the elderly about HIV/AIDS. **Revista Brasileira de Enfermagem,** v. 72, n. 5, p. 1349-55, 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do

HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Revisão da definição nacional de casos de AIDS em indivíduos com 13 anos ou mais, para fins de vigilância epidemiológica.** Brasília: Ministério da Saúde, 1998. Disponível em: http://bvsms.saude.gov.br/bvs/publicacoes/074_02revisao.pdf. Acesso em: 26 mar. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Portaria conjunta nº 1, de 16 de janeiro de 2013.** Brasília: Ministério da Saúde, 2013. Disponível em: http://www.AIDS.gov.br/pt-br/legislacao/portaria-conjunta-no-1-de-16-de-janeiro-de-2013. Acesso em: 21 maio 2019. Atenção: maio é o único mês que não se abrevia.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Diretrizes para organização do CTA no âmbito da Prevenção Combinada e nas Redes de Atenção à Saúde.** Brasília: Ministério da Saúde, 2017. Disponível em: http://www.AIDS.gov.br/pt-br/pub/2017/diretrizes-para-organizacao-do-cta-no-ambito-da-prevencao-combinada-e-nas-redes-de-atencao. Acesso em: 21 set. 2018.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos.** Brasília: Ministério da Saúde, 2018. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2013/protocolo-clinico-e-diretrizes-terapeuticas-para-manejo-da-infeccao-pelo-hiv-em-adultos. Acesso em: 05 jan. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Nota informativa nº 5/2019.** Brasília: Ministério da Saúde, 2019. Disponível em: http://www.AIDS.gov.br/pt-br/legislacao/nota-informativa-no-52019-diahvsvsms. Acesso em: 21 maio 2019.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico AIDS e IST.** Brasília: Ministério da Saúde, 2020a. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/boletim-epidemiologico-hivaids-2020. Acesso em: 07 dez. 2020. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Ofício Circular CGAHV/DCCI/SVS/MS nº 12, de 20 de abril de 2020.** Brasília, DF:

Ministério da Saúde, 2020b. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-122020cgahvdccisvsms. Acesso em: 05 nov. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Ofício Circular CGAHV/DCCI/SVS/MS nº 13, de 28 de maio de 2020.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020c. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-132020cgahvdccisvsms. Acesso em: 07 dez. 2020.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/AIDS e das Hepatites Virais. **Relatório de monitoramento clínico do HIV**. Brasília: Ministério da Saúde, 2020d. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/pub/2020/relatorio-de-monitoramento-clinico-do-hiv-2020. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Ofício Circular CGAHV/DCCI/SVS/MS nº 8, de 17 de março de 2020.** Brasília, DF: Ministério da Saúde, 2020e. Disponível em: http://www.aids.gov.br/pt-br/legislacao/oficio-circular-no-82020cgahvdccisvsms. Acesso em: 29 mar. 2021.

BRAUN, V.; CLARKE, V. Using thematic analysis in psychology. **Qualitative Research in Psychology,** v. 3 n. 2. p. 77-101, 2006.

BROWN, L. B.; SPINELLI, M. A.; GANDHI, M. The interplay between HIV and COVID-19: summary of the data and responses to date. **Current opinion in HIV and AIDS,** v. 16, n. 1, p. 63–73, 2021.

CALIARI, J. S.; REINATO, L. A. F.; PIO, D. P. M.; LOPES, L. P., REIS, R. K.; GIR, E. Quality of life of elderly people living with HIV/AIDS in outpatient follow-up. **Revista Brasileira Enfermagem**, v 71, Supl. 1, p.513-22, 2018.

CALIARI, J. S.; TELES, S. A.; REIS, R. K.; GIR, E. Factors related to the perceived stigmatization of people living with HIV. **Revista Escola de Enfermagem da USP,** v. 51, n. e03248, 2017.

CAMARGO, L. A.; CAPITÃO, C. G.; FILIPE, E. M. V. Salud mental, soporte familiar y adhesión al tratamiento: asociaciones en el contexto VIH/Sida. **Psicologia-usf**, v. 19, n. 2, p. 221-232, 2014.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **People Who Are at Higher Risk for Severe Illness.** 2020. Disponível em: https://www.cdc.gov/coronavirus/2019-ncov/need-extra-precautions/people-at-higher-risk.html?CDC_AA_refVal=https%3A%2F%2Fwww.cdc.gov%2Fcoronavirus%2F2019-ncov%2Fspecific-groups%2Fhigh-risk-complications.html. Acesso em: 21 abr. 2020.

CONNER, M.; NORMAN, P. Health behaviour: Current issues and challenges. **Psychology & Health,** v. 32, n. 8, p. 895-906, 2017.

CORRIGAN, P.; WATSON, A. The Paradox of Self-Stigma and Mental Illness. **Clinical Psychology: Science and Practice**, v. 9, n. 1, p 35-53, 2006.

COSTA, V. T.; MEIRELLES, B. H. S. Adesão ao tratamento dos adultos jovens vivendo com HIV/AIDS sob a ótica do pensamento complexo**. Texto Contexto Enfermagem,** v. 28, n. e20170016, p. 1-15, 2019.

CRESWELL, J. W. Procedimentos de métodos mistos. Cap. 11. In: CRESWELL, J. W. **Projeto de pesquisa: métodos qualitativos, quantitativo e misto.** 2a. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007. p. 211-229.

DELA COLETA, M. F. Escalas para Medida das Crenças em Saúde: Construção e Validação. **Avaliação Psicológica**, v. 2, n. 2, p. 111-122, 2003.

DELA COLETA, M. O modelo de crenças em saúde (HBM): uma análise de sua contribuição à psicologia da saúde. **Temas psicologia**, v. 7, n. 2, p. 175-182, 1999.

DI MASI, F.; CONCEIÇÃO, R. R.; RIBEIRO, L. C. P.; SILVA, G. C. Recomendações para a prática de exercício físico para pessoas vivendo com HIV durante a pandemia de COVID-19. **Revista de Educação Física**, v. 89, n. 1, p. 47-51, 2020.

ESTAVELA, A. J.; SEIDL, E. M. F. Vulnerabilidades de gênero, práticas culturais e infecção pelo hiv em maputo. **Psicologia e Sociedade**, v. 27, n. 3, p. 569-78, 2015.

FIORONI, L. N.; FIGUEIREDO, M. A. C. Avaliação da técnica projetiva de Rorschach em portadores do HIV. **Paidéia (Ribeirão Preto)**, v. 13, n. 26, p. 197-207, 2003.

FONTANELLA, B. J. B.; JÚNIOR, R. M. Saturação teórica em pesquisas qualitativas: contribuições psicanalíticas. **Psicologia em estudo**, v. 17, n. 1, p. 63-71, 2012.

GAO, Y.; CHEN, Y.; LIU, M.; SHI, S.; TIAN, J. Impacts of immunosuppression and immunodeficiency on COVID-19: a systematic review and meta-analysis. **Journal of Infection,** 81, n. 2, p. 93-5, 2020.

GARCIA, S.; SOUZA, F. M. Vulnerabilidades ao HIV/aids no Contexto Brasileiro: iniquidades de gênero, raça e geração. **Saúde e sociedade**, v. 19, p. 9-20, 2010.

GASTALDO, É. Goffman e as relações de poder na vida cotidiana. **Revista Brasileira de Ciências Sociais**, v. 23, n. 68, p. 149-153, 2008.

GIR, E.; ZAGO, M. M. F.; DUARTE, G. O modelo de crença que determina o comportamento de mulheres portadoras do vírus da imunodeficiência humana-tipo 1. **Revista Brasileira de Sexualidade Humana**, v. 9, n. 2, p. 193-215, 1998.

GOFFMAN, E. **Estigma: notas sobre a manipulação da identidade deteriorada.** 4a. ed. Trad: Mathias Lambert, 2004, publicação original, 1891. Editora Guanabara.

GRECO, D. B. Thirty years of confronting the AIDS epidemic in Brazil, 1985-2015. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 21, n. 5, p. 1553-64, 2016.

GUILHERME, J. A.; YAMAGUCHI, M. U.; MASSUDA, E. M. HIV/AIDS patients satisfaction with the specialized care service. **Revista Mineira de Enfermagem,** v. 23, n. e1213, 2019.

GUILLEN, F. D. O.; ZARDETO, G.; PUPULIN, A. R. T.; AMADEI, J. L. Pessoas vivendo com HIV/AIDS: influência das crenças na qualidade de vida e adesão ao tratamento. **Revista Uningá**, v. 42, n. 1, p. 10-15, 2014.

GUO, W.; MING, F.; DONG, Y.; ZHANG, Q.; ZHANG, X.; MO, P. et al. **A Survey for COVID-19 Among HIV/AIDS Patients in Two Districts of Wuhan, China.** 2020. p. 19. Available from: https://ssrn.com/abstract=3550029. Acess in: 21 abr. 2020.

HING, M.; HOFFMAN, R. M.; SELEMAN, J.; CHIBWANA, F.; KAHN, D.; MOUCHERAUD, C. 'Blood pressure can kill you tomorrow, but HIV gives you time': Illness perceptions and treatment experiences among Malawian individuals living with HIV and hypertension. **Health policy and planning**, v. 34, n. Supll 2, p. 36-44, 2019.

HOFFMANN, C.; CASADO, J. L.; HARTER, G.; VIZCARRA, P.; MORENO, A.; CATTANEO, D. et al. Immune deficiency is a risk factor for severe COVID-19 in people living with HIV. **HIV medicine**, v. 1, p. 1-7, 2020.

HOLMES, C. B.; RABKIN, M.; FORD, N.; PREKO, P.; ROSEN, S.; ELLMAN, T.; EHRENKRANZ, P. Tailored HIV programmes and universal health coverage. **Bulletin of the World Health Organization,** 2019. Available from: https://www.who.int/bulletin/online_first/BLT.18.223495.pdf. Acess in: 04 jan. 2020.

JANZ, N. K.; BECKER, M. H. O modelo de crença na saúde: uma década depois. **Educação para a saúde trimestralmente**, v. 11, n. 1, pág. 1-47, 1984.

JESUS, G. J.; OLIVEIRA, L. B.; CALIARI, J. S.; QUEIROZ, A. A. F. L.; GIR, E.; REIS, R. K. Dificuldades do viver com HIV/AIDS: Entraves na qualidade de vida. **Acta paulista de enfermagem,** v. 30, n. 3, p. 301-307, 2017.

JOZANI, Z. B.; MOHRAZ, M.; QORBANI, M.; BABAHEIDARI, T. B.; MAHMOODI, Z. The effects of an educational program based on the health belief model on information-motivation-skill-behavioral skills among women living with human immunodeficiency virus. **Journal of Education and Health Promotion,** v. 8, p. 252, 2019.

KALAN, M. E.; HAN, J.; TALEB, Z. B.; FENNIE, K. P.; JAFARABADI, M. A.; DASTOORPOOR, M. et al. Quality Of Life And Stigma Among People Living With HIV/AIDS In Iran. **HIV AIDS** (**AuckL)**, v. 11, p. 287, 2019.

KATZ, I. T.; RYU, A. E.; ONUEGBU, A. G.; PASAROS, C.; WEISER, S. D.; BANGSBERG, D. R. et al. Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. **Journal of the International AIDS Society**, v. 16, n. suppl 2, p. 18640, 2013.

KILLIAN, M. S.; LEVY, J. A. HIV/AIDS: 30 years of progress and future challenges **European Journal of Immunology**, v. 41, n. 12, p. 3401-11, 2011.

KOFF, A.; GOLDBERG, C.; OGBUAGU, O. Condomless sex and HIV transmission among serodifferent couples: current evidence and recommendations. **Annals of Medicine,** v. 49, n. 6, p. 534-544, 2017.

LOCH, A. P.; CARACIOLO, J. M. M.; ROCHA, S. Q.; FONSI, M.; SOUZA, R. A.; GIANNA, M. C. et al. Intervenção para a implementação do monitoramento clínico em serviços especializados de atenção às pessoas vivendo com HIV/aids. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 36, n. 5, p. e00136219, 2020.

MAKSUD, I. Silêncios e segredos: aspectos (não falados) da conjugalidade face à sorodiscordância para o HIV/AIDS. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 28, n. 6, p. 1196-1204, 2012.

MELCHIOR, R.; NEMES, M. I. B.; ALENCAR, T.; DANTAS, M.; BUCHALLA, C. M. Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil. **Revista de Saúde Pública**, v. 41, n. Supl 2, p. 87-93, 2007.

MIRZAEI, H.; MCFARLAND, W.; KARAMOUZIAN, M.; SHARIFI, H. COVID-19 among people living with HIV: a systematic review. **AIDS and Behavior**, v. 1, p. 1-8, 2020.

MORANO, J. P.; CLAUSON, K.; ZHOU, Z.; ESCOBAR-VIERA, C. G.; LIEB, S.; CHEN, I. K. et al. Attitudes, Beliefs, and Willingness Toward the Use of mHealth Tools for Medication Adherence in the Florida mHealth Adherence Project for People Living With HIV (FL-mAPP): Pilot Questionnaire Study. **JMIR mHealth e uHealth,** v. 7, n. 7, p. e12900, 2019.

MOREIRA, A. K. F.; SANTOS, Z. M. S. A.; CAETANO, J. A. Aplicação do modelo de crenças em saúde na adesão do trabalhador hipertenso ao tratamento. **Physis: Revista de Saúde Coletiva**, v. 19, p. 989-1006, 2009.

NEVES, L. A. S.; GIR, E. Crenças das mães soropositivas ao HIV acerca da transmissão vertical da doença. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 14, n. 5, p. 1-8, 2006.

NEVES, L. A. S.; GIR, E. Mães portadoras do HIV/Aids: percepções acerca da severidade da infecção. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 41, n. 4, p. 613-618, 2007.

OLIVEIRA, N. M.; FERREIRA, F. A. Y.; YONAMINE, R. Y.; CHEHTER, E. Z. Drogas antirretrovirais e pancreatite aguda em pacientes com HIV/AIDS: existe alguma associação? Revisão da literatura. **Einstein (São Paulo)**, v. 12, n. 1, p. 112-19, 2014.

ORGANIZAÇÃO PAN-AMERICANA DE SAÚDE (OPAS). Organização Mundial da Saúde. **OMS afirma que COVID-19 é agora caracterizada como pandemia.** 2020. Disponível em: https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=6120:oms-afirma-que-covid-19-e-agora-caracterizada-como-pandemia&Itemid=812. Acesso em: 28 abr. 2020.

PASSOS, T. S.; ALMEIDA-SANTOS, M. A.; HORA, A. B.; OLIVEIRA, C. C. C. Condom use and vulnerabilities to sexually transmitted infections in quilombola communities: a descriptive study, Sergipe, Brazil, 2016-2017. **Scielo Preprints,** 2021.

PETRUZZI, M. N. M. R.; CHERUBINI, K.; SALUM, F. G.; FIGUEIREDO, M. A. Z. Fatores de risco de lesões bucais associadas ao HIV em adultos. **Revista de Saúde Pública**, v. 47, n. 1, p. 52-9, 2013.

PIMENTEL, G. S.; CECCATO, M. G. B.; COSTA, J. O.; MENDES, J. C.; BONOLO, P. F.; SILVEIRA, M. R. Qualidade de vida em indivíduos iniciando a terapia antirretroviral: um estudo de coorte. **Revista de Saude Publica,** v. 54, p. 146, 2020.

PIRES, C. G. S.; MUSSI, F. C. Crenças em saúde para o controle da hipertensão arterial. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 13, v. supl 2, p. 2257-2267, 2008.

REIS, R. K.; GIR, E. Convivendo com a diferença: o impacto da sorodiscordância na vida afetivo-sexual de portadores do HIV/AIDS. **Revista da Escola de Enfermagem da USP,** v. 44, n. 3, p. 759-765, 2010.

REGO, S. R. M.; REGO, D. M. S. Associação entre uso de álcool em indivíduos com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral: uma revisão da literatura. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, v. 59, n. 1, p. 70-3, 2010.

REIS, A. C.; LENCASTRE, L.; GUERRA, M. P.; REMOR, E. Relação entre sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. **Psicologia: reflexão e crítica**, v. 23, n. 3, p. 420-29, 2010.

REIS, R. K.; CARNEIRO, J. A.; BARBOSA, A. T. F.; MENDONÇA, J. M. G.; CALDEIRA, A. P. Prevalência e fatores associados aos sintomas depressivos em pessoas que vivem com HIV / AIDS. **Salud Mental**, v. 40, n. 2, pág. 57-62, 2017.

REIS, R. K.; MELO, E. S.; FERNANDES, N. M.; ANTONINI, M.; NEVES, L. A. S.; GIR, E. Inconsistent condom use between serodifferent sexual partnerships to the human immunodeficiency virus. **Revista Latino-americana de Enfermagem**, v. 27, n. e32222, 2019.

RENDINA, H. J.; CIENFUEGOS-SZALAY, J.; TALAN, A.; JONES, S. S.; JIMENEZ, R. H. Growing acceptability of Undetectable= Untransmittable but widespread misunderstanding of transmission risk: findings from a very large sample of sexual minority men in the United States. JAIDS **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes,** v. 83, n. 3, p. 215-222, 2020.

RENESTO, H. M. F.; FALBO, A. R.; SOUZA, E.; VASCONCELOS, M. G. Confronto e percepção das mulheres em relação à infecção pelo HIV. **Revista de Saúde Pública**, v. 48, n. 1 p. 36-42, 2014.

ROSENSTOCK, I. M. Historical origins of the Health Belief Model **Health Educ Monographs,** v. 20, n. 4, p. 328-35. 1974

SANTOS, A. C. L.; GUBERT, F. A.; VIEIRA, N. F. C.; PINHEIRO, P. N. C. Modelo de crenças em saúde e vulnerabilidade ao HIV: percepções de adolescentes em Fortaleza-CE. **Revista Eletrônica de Enfermagem**, v. 12, n. 4, p. 705-10, 2010.

SCHNEIDER, I. J. C.; RIBEIRO, C.; BREDA, D.; SKALINSKI, L. M.; D'ORSI, E. Perfil epidemiológico dos usuários dos Centros de Testagem e Aconselhamento do Estado de Santa Catarina, Brasil, no ano de 2005. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 24, n. 7, p. 1675-88, 2008.

SHERR, L.; BARRY, N. Fatherhood and HIV-positive heterosexual men. **HIV Medicine,** v. 5, n. 1, p. 258-63, 2004.

SHIAU, S.; KRAUSE, K. D.; VALERA, P.; SWAMINATHAN, S.; HALKITIS, P. N. O ônus do COVID-19 em pessoas vivendo com HIV: uma perspectiva sindêmica. **AIDS Behavior,** v. 24, n. 8, p. 2244-49, 2020.

SILVA, A. L. B.; SOUZA, F. B. A.; ALMEIDA, E. B.; GOMES, M. P. Los estigmas que involucran las creencias religiosas y a las personas viviendo con el VIH. **Cultura de los Cuidados,** v. 24, n. 57, p. 27- 40, 2020.

SILVA, R. T. S.; SILVA, R. A. R.; RODRIGUES, I. D. C. V.; SOUZA-NETO, V. L.; SILVA, B. C. O.; SOUZA, F. M. L. C. Coping strategies of people living with AIDS in face of the disease. **Revista Latino-Americana de Enfermagem,** v. 26, n. e2985, 2018.

SZWARCWALD, C. L.; CASTILHO, E. A. A epidemia de HIV/AIDS no Brasil: três décadas. **Caderno Saúde Pública**, v. 27, supl.1, p. 5, 2011.

TEIXEIRA, L. S. L.; CECCATO, M. G. B.; CARVALHO, W. S.; OLIVEIRA, J. C.; MENDES, J. C.; BONOLO, P. F.; SILVEIRA, M. R. Prevalência e fatores associados ao tabagismo em pessoas vivendo com HIV em tratamento. **Revista de Saúde Pública,** v. 54, n. 108, p. 1-13, 2020.

UNAIDS. **90-90-90: uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS.** Genebra, 2015. Disponível em: https://unAIDS.org.br/wp-

content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf. Acesso em: 05 jan. 2020.

UNAIDS. Programa conjunto das nações unidas sobre HIV/AIDS (UNAIDS**). Guia de Terminologia do UNAIDS.** Brasília: UNAIDS, 2017. Disponível em: https://unaids.org.br/wpcontent/uploads/2017/09/WEB_2017_07_12_GuiaTerminologia_UNAIDS_HD.pdf. Acesso em: 24 abr. 2020.

UNAIDS. **Relatório informativo – dia mundial contra a AIDS 2019 - Estatísticas globais sobre HIV.** Brasil. 2019a. Disponível em https://unAIDS.org.br/wp-content/uploads/2019/11/2019_UNAIDS_WAD2019_FactSheet.pdf. Acesso em: 05 jan. 2020.

UNAIDS. **Informações básicas sobre o HIV e a AIDS.** Brasil. 2019b. Disponível em: https://unAIDS.org.br/informacoes-basicas/. Acesso em: 05 jan. 2020.

WADMAN**,** M.; COUZIN-FRANKEL, J.; KAISER, J.; MATACIC, C. **How does coronavirus kill? Clinicians trace a ferocious rampage through the body, from brain to toes.** 2020. Available from: https://www.sciencemag.org/news/2020/04/how-does-coronavirus-kill-clinicians-trace-ferocious-rampage-through-body-brain-toes. Acess in: 24 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Guideline on when to start antiretroviral therapy and on pre-exposure prophylaxis for HIV.** 2015. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/186275/9789241509565_eng.pdf;jsessionid=B3C897EB3A1ECA179E46466E01C6D3EA?sequence=1. Acess in: 24 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Sector Strategy On Sexually Transmitted Infections 2016–2021: Towards Ending Stis. Geneva, Switzerland, 2016**. 2016a. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/250253/WHO-RHR-16.09-spa.pdf;jsessionid=520F8A30FBA29E351E02633082635706?sequence=1. Acess in: 24 abril 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Global Health Sector Strategy On Hiv 2016–2021: Towards Ending AIDS. Geneva, Switzerland, 2016.** 2016b. Available from: https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/246178/WHO-HIV-2016.05-eng.pdf;jsessionid=6B76BBF9953359D781DF2B49B4A33E28?sequence=1. Acess in: 24 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Sexually Transmitted Infections**. 2019. Available form: http://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/sexually-transmitted-infections-(stis). Acess in: 24 abr. 2020.

WORLD HEALTH ORGANIZATION (WHO). **Q&A on COVID-19, HIV and antiretrovirals.** 2020. Available from: https://www.who.int/news-room/q-a-detail/q-a-on-covid-19-hiv-and-antiretrovirals. Acess in: 24 abr. 2020.

ZHOU, P.; YANG, X. L.; SHI, Z. L. A pneumonia outbreak associated with a new coronavirus of probable bat origin. **Nature**, v. 579, n. 7798, p. 270-73, 2020.

Apêndices

APÊNDICE A

INSTRUMENTO PARA COLETA DE DADOS

Data: _____/_____/_____ Coleta n°: _____ N° prontuário/**ID:** _____

ID:_____ Horário (início):_____ Horário (término):_____

Parte I – Variáveis Sóciodemográficas	
1- Município de residência:_____ Bairro:_____ Estado:____	
2- Data nascimento:_____/_____/_____	
3- Sexo ☐1. Feminino ☐2. Masculino	**Sexo**
4- Orientação sexual ☐1. Heterosexual ☐2. Homosexual ☐3. Bissexual ☐4. Transexual ☐5. Não informado	**OriSex**
5- Gênero: ☐1. Feminino ☐2. Masculino ☐3. Outro _____	**Gen**
6- Ocupação atual _____	
7- Situação de trabalho nos últimos 6 meses ☐ 1. Vínculo formal ☐ 2. Vínculo informal ☐ 3. Desempregado com benefícios ☐ 4. Desempregado sem benefícios ☐ 5. Aposentado ☐ Autônomo ☐Outros _____	**SiTrab**
8- Escolaridade ☐ 1. Ensino Fundamental incompleto ☐ 2. Ensino Fundamental completo ☐ 3. Ensino médio incompleto ☐ 4. Ensino médio completo ☐ 5.Ensino Superior incompleto ☐ 6.Ensino Superior completo ☐ 7. Pós graduação ☐8. Analfabeto	**Escol**
9- Situação maritária ☐ 1. Solteiro ☐ 2. Casado ☐ 3. Divorciado/ Separado ☐ 4. União estável ☐ 5. Viúvo ☐ 6. Outro_____	**SitMar**
10- Qual sua renda mensal / salário? (salário atual 998,00) ☐ 1. Menos de 1 salário ☐ 2. De 1 a 3 salários ☐ 3. De 4 a	**SitEco**

6 salários ☐ 4. Mais de 7 salários ☐ 5. Outro _____	
11- Quantas pessoas dependem financeiramente de você? (incluindo você) _____	
Parte II - Variáveis Comportamentais	
12- Tipo de parceria: ☐ 1. Fixo ☐ 2. Eventual ☐ 3. Fixo e eventual	**TipoPar**
13- Nº de parceria sexuais fixo nos últimos 6 meses:_____	**NumParfix**
14- Nº de parceria sexuais eventuais nos últimos 6meses:_____	**NumParEve**
15- Sorologia do parceiro fixo ☐ 1. Positiva ☐ 2. Negativa ☐ 3. Não sabe	**SoroPar**
16- Você teve alguma IST nos últimos 12 meses? ☐ 1. Não ☐ 2. Sim. Qual:_____ ☐ 3. Não sabe	**Dst**
17- Você faz uso de cigarro: ☐1. Não ☐2. Sim Quant.: ☐1. até 10/dia ☐ 2. 10 a 20/dia ☐ 3.+ que 20/dia	**UsuCig** **QuantCig**
18 – Você faz uso de álcool: 1. ☐ Não 2. ☐Sim Quant.: ☐1. 1 vez/ mês ☐ 2.1 vez/semana ☐ 3. 2 vezes/ semana ☐ 4.todos os dias	**UsuAlc** **QuantAlc**
19- Você fez uso de substâncias ilícitas nos últimos 12 meses? ☐1. Não ☐2. Sim ☐3. Nunca usou droga ilícita ☐4. Uso de drogas injetáveis ☐5. Uso de drogas (maconha,cocaína, crack, ecstasy, etc) ☐6. Tem ou teve parceiro que uso drogas injetáveis	**UsuDro** **TipDro**
20- Você Faz uso de camisinha com parceiro fixo? ☐ 1.Nunca ☐ 2.Sempre ☐ 3.Às vezes ☐ 4.Não tem parceiro(a) fixo(a) ☐ 5. Não informado	**UsoPreFi**
21- Em relação ao uso de camisinha com parceiro eventual, responda:	**UsoPreEv**

☐ 1.Nunca ☐ 2.Sempre ☐ 3.Às vezes ☐ 4.Não tem parceiro(a) eventual(a) ☐ 5. Não informado	
Parte III - Variáveis Clínicas	
22- Porque você está aqui no Serviço (SAE) hoje? ☐1. Consulta médica para avaliação de rotina ☐2. Consulta médica para um problema novo ☐3. Consulta médica para um problema recorrente☐4. Retirada de medicamentos ☐5. Realização de exames laboratoriais ☐6. Outro_____	**MotSAE**
23- Data do diagnóstico de HIV (data do exame positivo):___/____/_____ **24-** Data que iniciou tratamento medicamentoso: ___/____/_____ **25-** Tempo de acompanhamento laboratorial: ___/____/_____ (data do primeiro exame de CD4 e carga Viral)	**DataHIV** **DataTra** **DataLab**
26- Passou por alguma internação após receber o diagnóstico? ☐ 1. Não ☐2. Sim. Quantas?_____ Quantas nos últimos 12 meses ?_____	**Intern** **QuantInt** **QuantAno**
27- Está sexualmente ativo nos últimos 6 meses? ☐ 1.Sim ☐ 2.Não ☐3. Não informa	**SexAtivo**
28- Faz uso diário de medicamentos para HIV/ TARV? (Adesão ao tratamento ARV) ☐1.Sim ☐ 2.Não ☐ 3. Às vezes ☐4. Não informa	**ARV**
29- Número de retirada de ARV nos últimos 12 meses? _____ meses	**QuantMesARV**
30 - Faz uso de medicamentos, exceto TARV? ☐1.Sim Qual(is)? _____ ☐2.Não ☐ 3. às vezes ☐4. Não informa	**UsoMed** **TipoMed**
Exames	
31- Contagem CD4+ _____cels/mm³	**CD4Valor**

Data: ___/___/___	**CD4Tempo**
32-Contagem da carga viral _____ cópias/virais/mLLog:____ Data : ___/___/___	**CvValor** **CvTempo**
Parte IV – Etapa Qualitativa	
33- Como tem sido viver com HIV? _____ _____ _____ _____ _____	
34- Que riscos a infecção pelo HIV pode te oferecer? _____ _____ _____ _____	
35- Como você entende a gravidade da doença aids? _____ _____	
36- Que riscos a pandemia da COVID 19 pode te oferecer? _____ _____	
37- O diagnóstico de HIV trouxe mudanças na sua vida? ☐1.Sim ☐ 2.Não ☐3. Não observei ainda	**MudDiag**
Se Sim, essas mudanças foram,	**MudCarac**

☐1.Positivas ☐ 2.Negativas ☐3.Ambas	
38- O que mudou após o diagnóstico de HIV? Em relação a: a) Relação afetivo-sexual (parceiro): _____ _____ _____ b) Família: _____ _____ _____ c) Lazer: _____ _____ _____ d) Alimentação: _____ _____ _____ e) Trabalho: _____ _____ _____ f) Religiosidade/ Espiritualidade _____ _____ _____	
39- Mudou algo na sua rotina diária após pandemia da COVID 19? _____ _____	
40- Cite 3 sentimentos/ emoções que você vivenciou após o diagnóstico de HIV: <u>Positivos:</u>	

_____ _____ _____ Negativos: _____ _____ _____	
41- Que medidas/atitudes que você entende que uma pessoa com HIV precisa tomar para ter uma vida sob controle? _____ _____ _____ _____	
42- Que barreira/dificuldades a pessoa com HIV enfrenta no dia a dia _____ _____ _____ _____	
43- Qual(quais) pessoa(s) é(são) seu principal apoio na presença de qualquer dificuldade?(Ligação/parentesco) _____ _____ _____	
44- O que você acha sobre a assistência que você recebe aqui na unidade? _____ _____ _____	
Observação do entrevistador ☐1. Participou ☐2. Fez perguntas ☐3.Chorou ☐4.	**ObsEntrev**

Demostrou insegurança ☐Outro: _____ _____ _____	

APÊNDICE B

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)[1]

Você está sendo convidado(a) para participar da uma pesquisa **"Crenças em saúde de pessoas vivendo com vírus da imunodeficiência humana em tempos da COVID-19"** que tem por objetivo analisar as crenças em saúde das Pessoas vivendo com HIV e sua experiências.

Tipo de Participação: Solicitamos a sua colaboração para uma entrevista com as questões sobre sua vida. A entrevista vai durar em torno de 40 minutos e será gravada em áudio e depois escrita por completo. Também permitir coletar do seu prontuário informações referentes aos exames laboratoriais, bem como datas e valores de CD4 e carga viral, medicamentos utilizados e internações anteriores.

Riscos: Caso você sinta desconforto emocional a entrevista será imediatamente interrompida. Você será acolhido pela pesquisadora até se sentir confortável para continuar ou mesmo não participar mais, tudo dependerá de sua vontade.

Benefícios: Você poderá se beneficiar mediante o acesso a informações e cuidados com sua saúde. Terá oportunidade de contribuir para o direcionamento dos cuidados com sua saúde e de outras pessoas que vivem com HIV na sua comunidade, conforme a Resolução CNS 510/2016, Artigo 2º, Inciso III do Conselho Nacional de Saúde.

Sigilo e Privacidade: Sua privacidade será respeitada de modo que suas informações serão sigilosas e nenhuma delas poderá identificá-lo. Seu nome não será mencionado, nem qualquer outra informação capaz de identificá-lo. Informo que a coleta será realizada somente pela pesquisadora principal. Os instrumentos de coleta e arquivo digital permanecerão de posse da pesquisadora por cinco anos, sendo destruídos após esse período, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Solicitamos também sua autorização para apresentar os resultados deste estudo em eventos da área de saúde e publicar em revista científica nacional e/ou internacional.

Por ocasião da publicação dos resultados, seu nome será mantido em sigilo absoluto.

Autonomia: Esclarecemos que sua participação no estudo é voluntária. Será garantido a você o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos sobre o estudo e suas consequências, podendo ser requerida a qualquer momento, antes, durante ou depois de sua participação. Você pode sair do estudo quando quiser, sem qualquer prejuízo. A pesquisadora estará a sua disposição para qualquer esclarecimento que considere necessário em qualquer etapa da pesquisa. Você poderá se recusar a participar do estudo a qualquer momento e se retirar dele sem que lhe cause nenhum prejuízo. Caso decida não participar do estudo, ou resolver a qualquer momento desistir do mesmo, não sofrerá nenhum dano, nem haverá modificação na assistência que vem recebendo na Instituição (se for o caso).

Ressarcimento e Indenização: Você não terá nenhum tipo de remuneração financeira pela participação na pesquisa. Da mesma forma, não perderá nenhum de seus direitos. Ressaltamos que você tem direito à indenização por parte dos pesquisadores e da instituição envolvida por eventuais danos decorrentes de sua participação, conforme a Resolução 510/2016 do Conselho Nacional de Saúde.

Segunda Via do TCLE: Este documento terá duas vias devidamente assinada por você e pela pesquisadora. Você receberá uma via desse documento, que é sua por direito, conforme a Resolução 510/2016, Artigo 17, Inciso X, do Conselho Nacional de Saúde.

Contato com o Pesquisador (a) Responsável: Caso necessite de maiores informações sobre o presente estudo, favor ligar ou fazer contato com a pesquisadora responsável Tassiana Maria Vieira Pereira Telefone: (32) 99983-0267 e-mail: tassianavieira@usp.br

Contato com o Comitê de Ética em Pesquisa da EERP/USP: Telefone: (16) 3315 9197, bem como o horário de atendimento do CEP (de segunda a sexta-feira, em dias úteis, das 10 às 12 horas e das 14 às 16 horas) que tem como função proteger eticamente o participante de pesquisa.

Endereço institucional: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo, situada na Avenida Bandeirantes, nº3900 – Campus Universitário, Ribeirão Preto – SP, CEP: 14040-902.

Esta Pesquisa foi aprovada pelo Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP).

_____

Assinatura do(a) pesquisador(a) responsável

Considerando, que fui informado(a) dos objetivos e da relevância do estudo proposto, de como será minha participação, dos procedimentos e riscos decorrentes deste estudo, declaro o meu consentimento em participar da pesquisa como também concordo que os dados obtidos na investigação sejam utilizados para fins científicos (divulgação em eventos e publicações). Estou ciente que receberei uma via desse documento assinado por mim ou meu responsável legal e pela pesquisadora, rubricada em todas as páginas (Resolução CNS nº 510/2016, Artigo 17, Inciso X).

Barbacena,____de_____de _____

Assinatura do participante ou responsável legal _____

RUBRICAS: Participante /Responsável Pesquisador Testemunha

[1] TCLE_FINAL_ VERSÃO02_ JUNHO/2020

Anexos

ANEXO A

Prefeitura de Barbacena
GOVERNO EFICIENTE, CIDADE FELIZ 2017 - 2020

TERMO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DA PESQUISA

Eu, Marcilene Dornelas de Araújo, Secretária Municipal de Saúde e Programas Sociais – SESAPS, RG Nº MG 10.780.694 SSP/MG, CPF Nº 055.245.116-96, AUTORIZO Tassiana Maria Vieira Pereira, RG Nº M 7 603.671 SSP/MG, CPF Nº 031.055.386-58, enfermeira regularmente matriculada na EERP/USP nº da matrícula 11083734, sob a orientação da Prof. Dra. Elucir Gir pertencente ao quadro docente desta escola a realizar coleta de dados. A coleta ocorrerá por meio de consulta aos prontuários e entrevistas aos usuários atendidos no Serviço de Atenção Especializada em IST/Aids.

O Projeto de Pesquisa intitula-se **Crenças em saúde de pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana em tempos da COVID-19**, que tem por objetivo geral analisar as crenças em saúde de pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da pandemia da COVID-19.

Os pesquisadores acima qualificados se comprometem a:

1- Iniciarem a coleta de dados somente após o Projeto de Pesquisa ser aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa com Seres Humanos.
2- Obedecerem às disposições éticas de proteger os participantes da pesquisa, garantindo-lhes o máximo de benefícios e o mínimo de riscos.
3- Assegurarem a privacidade das pessoas citadas nos documentos institucionais e/ou contatadas diretamente, de modo a proteger suas imagens, bem como garantem que não utilizarão as informações coletadas em prejuízo dessas pessoas e/ou da instituição, respeitando deste modo as Diretrizes Éticas da Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, nos termos estabelecidos na Resolução CNS Nº 466/2012, e obedecendo as disposições legais estabelecidas na Constituição Federal Brasileira, artigo 5º, incisos X e XIV e no Novo Código Civil, artigo 20.

Barbacena, 06 de maio de 2020.

Marcilene Dornelas de Araújo
Secretaria Municipal de Saúde e Programas Sociais - SESAPS
Gestora do SUS Barbacena/MG
Pref. Municipal de Barbacena/MG

Marcilene Dornelas de Araújo
Secretária Municipal de Saúde e Programas Sociais - SESAPS

Angelo Dias Feres
Coordenador do serviço de atenção especializada em IST/Aids

Prefeitura de Barbacena
GOVERNO EFICIENTE, CIDADE FELIZ 2017 - 2020

TERMO ACEITE DA INSTITUIÇÃO CO-PARTICIPANTE EM PESQUISA

"Declaro ter lido e concordar com o parecer ético emitido pelo CEP da instituição proponente - Comitê de Ética em Pesquisa da Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto da Universidade de São Paulo (CEP-EERP/USP), conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras, em especial a Resolução CNS 466/12. Esta instituição está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu resguardo da segurança e bem-estar dos participantes de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar."

Barbacena, 06 de maio de 2020.

Marcilene Dornelas de Araújo
Secretaria Municipal de Saúde e Programas Sociais - SESAPS
Gestora do SUS Barbacena/MG
Pref. Municipal de Barbacena/MG

Marcilene Dornelas de Araújo
Secretária Municipal de Saúde e Programas Sociais - SESAPS

Angelo Dias Feres
Coordenador do serviço de atenção especializada em IST/Aids

ANEXO B

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Crenças em saúde de pessoas que vivem com vírus da imunodeficiência humana em tempos da COVID-19

Pesquisador: Tassiana Maria Vieira Pereira

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 31542820.3.0000.5393

Instituição Proponente: Escola de Enfermagem de Ribeirão Preto - USP

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 4.129.834

Apresentação do Projeto:

Trata-se de respostas a pendências apresentadas por este CEP em Parecer Consubstanciado: 4.039.508, de 20 de maio de 2020.

Objetivo da Pesquisa:

Objetivo Primário:

- Analisar as crenças em saúde de pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana em tempos da pandemia da COVID-19

Objetivo Secundário:

- Caracterizar as pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana, segundo informações sociodemográficas, comportamentais e clínicas.

-Descrever as mudanças ocorridas na vida da PVHIV após o diagnóstico no contexto individual, social e laboral.

-Analisar os sentimentos positivos e negativos referidos pelas PVHIV.

-Interpretar a experiência de pessoas que vivem com o vírus da imunodeficiência humana.

-Estabelecer crenças de suscetibilidade, gravidade, benefícios e barreiras percebidas para a prevenção e tratamento relacionados à doença.

-Analisar as crenças em saúde referidas decorrentes da pandemia da COVID-19.

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 4.129.834

Considerações Finais a critério do CEP:

Parecer apreciado ad referendum.

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMAÇÕES_BÁSICAS_DO_PROJETO_1495475.pdf	15/06/2020 20:06:31		Aceito
Recurso Anexado pelo Pesquisador	OficioRespostaAoParecerDoCEP.pdf	15/06/2020 20:05:06	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinalversao02Piloto.pdf	15/06/2020 20:03:17	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEfinalversao02.pdf	15/06/2020 20:02:31	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoParaCEPversao4.pdf	15/06/2020 20:01:38	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	ProjetoParaCEPversao3.pdf	07/05/2020 13:56:00	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
Declaração de Instituição e Infraestrutura	CartaSESAPmaio.pdf	07/05/2020 13:52:23	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
Solicitação Assinada pelo Pesquisador Responsável	OficioEncamCEP.pdf	07/05/2020 13:50:29	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEFinal.pdf	07/05/2020 13:49:48	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
Orçamento	OrcamentoFinanceiro.pdf	07/05/2020 13:49:25	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
Cronograma	Cronograma.pdf	07/05/2020 13:48:36	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito
Folha de Rosto	folhaDeRosto.pdf	07/05/2020 13:47:56	Tassiana Maria Vieira Pereira	Aceito

Situação do Parecer:

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br

USP - ESCOLA DE ENFERMAGEM DE RIBEIRÃO PRETO DA USP

Continuação do Parecer: 4.129.834

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:
Não

RIBEIRAO PRETO, 02 de Julho de 2020

Assinado por:
RONILDO ALVES DOS SANTOS
(Coordenador(a))

Endereço: BANDEIRANTES 3900
Bairro: VILA MONTE ALEGRE **CEP:** 14.040-902
UF: SP **Município:** RIBEIRAO PRETO
Telefone: (16)3315-9197 **E-mail:** cep@eerp.usp.br