



UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ
FACULDADE DE FARMÁCIA, ODONTOLOGIA E ENFERMAGEM
DEPARTAMENTO DE ENFERMAGEM PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO
EM ENFERMAGEM

SAMYLA CITÓ PEDROSA

EFETIVIDADE DO ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO NO ESTILO DE
VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV

FORTALEZA
2018

SAMYLA CITÓ PEDROSA

EFETIVIDADE DO ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO NO ESTILO DE VIDA
DE PESSOAS VIVENDO COM HIV

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem do Departamento de Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para a obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Enfermagem na Promoção da Saúde.

Orientadora: Prof^a. Dra. 1

FORTALEZA
2018

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação
Universidade Federal do Ceará
Biblioteca Universitária
Gerada automaticamente pelo módulo Catalog, mediante os dados fornecidos pelo(a) autor(a)

P414e Pedrosa, Samyla Citó.
Efetividade do acompanhamento telefônico no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV / Samyla Citó
Pedrosa. – 2018.
94 f. : il. color.

Tese (doutorado) – Universidade Federal do Ceará, Faculdade de Farmácia, Odontologia e
Enfermagem, Programa de Pós-Graduação em Enfermagem, Fortaleza, 2018.
Orientação: Profa. Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão .

1. HIV. 2. Telefone. 3. . Estilo de vida. I. Título.

CDD 610.73

SAMYLA CITÓ PEDROSA

EFETIVIDADE DO ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO NO ESTILO DE VIDA
DE PESSOAS VIVENDO COM HIV

Tese apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, como parte dos requisitos para obtenção do título de Doutor em Enfermagem. Área de Concentração: Promoção da Saúde.

Aprovada em: ____/____/____

BANCA EXAMINADORA

Prof.^a Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão (orientadora)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Rosilane de Lima Brito Magalhães (2º membro)

Universidade Federal do Piauí (UFPI)

Prof.^a Dra. Gilmara Holanda da Cunha (3º membro)

Universidade Federal do Ceará (UFC)

Prof.^a Dra. Carolina Maria de Lima Carvalho (4º membro)

Universidade da Integração Internacional da Lusofonia Afro-Brasileira (UNILAB)

Prof.^a Dra. Maria Luciana Teles Fiuza (5º membro)

Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC)

Prof.^a Dra. Maria Lúcia Duarte Pereira (Suplente)

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

Prof.^a Dra. Ivana Cristina Vieira de Lima Maia (Suplente)

Universidade Estadual do Ceará (UECE)

AGRADECIMENTOS

A Deus, por sua infinita bondade, força e fé, fornecidas durante a caminhada.

À minha mãe, Francisca Iza Citó Pedrosa, por me resguardar nos momentos mais difíceis. Sou fruto de sua determinação e coragem, tenho muito orgulho de ser sua filha.

Ao meu irmão, Silvestre Chaves Pedrosa Júnior, pelo amor que nos une.

Ao meu esposo, Francisco Vandemberg Góis Santiago, pelo amor, pela presença constante, pelo apoio e incentivo, demonstrando sempre muita paciência e compreensão.

Aos meus familiares, pela demonstração de alegria e afeto a cada nova conquista.

À minha querida orientadora, Prof.^a Dra. Marli Teresinha Gimenez Galvão, pelo exemplo de profissional e de ser humano, no qual me espelho. Sou grata a todo apoio, carinho, ensinamento, incentivo, paciência e alegria transmitida, que me fizeram crescer.

À amiga Ivana Cristina Vieira de Lima, pela colaboração na realização do projeto pesquisa e conclusão da tese.

A todos os professores do Programa de Pós-Graduação em Enfermagem da Universidade Federal do Ceará, pelos ensinamentos e pelas experiências compartilhadas.

Aos bolsistas Patrícia Costa de Oliveira, Francisco José de Almeida Neto e Ana Karoline Bastos da Costa, pelo auxílio durante a coleta de dados.

Aos integrantes do Núcleo de Estudo em HIV/aids e Doenças Associadas (Neaids), pela vivência e pelo conhecimento compartilhado.

A todos os membros da banca, pelas contribuições para o aprimoramento deste trabalho e pela disponibilidade de leitura deste material.

Aos pacientes que contribuíram na participação do estudo, permitindo a execução deste trabalho.

A todos que direta ou indiretamente contribuíram para finalização deste trabalho, muito obrigada!

“Eu aprendi que as pessoas vão esquecer o que você disse, as pessoas vão esquecer o que você fez, mas as pessoas nunca esquecerão como você as fez sentir.”

Maya Angelou

RESUMO

Objetivou-se avaliar a efetividade do acompanhamento telefônico no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV. Trata-se de estudo multimétodo, composto por pesquisa metodológica e estudo quase-experimental. A pesquisa metodológica consistiu-se na construção e validação de roteiro para acompanhamento telefônico. Na etapa quase-experimental, foi realizada intervenção direcionada ao estilo de vida das pessoas com HIV. Coleta de dados realizada em dois Serviços de Atenção Especializada em HIV/aids de Fortaleza-CE, de agosto de 2016 a julho de 2017. Amostra constituída por 118 pessoas vivendo com HIV, destas, 65 compuseram o Grupo Controle (GC), os quais receberam o atendimento de rotina conforme protocolo da instituição. Os demais (n=53) integraram o Grupo Intervenção (GI) e receberam ligações telefônicas, além do atendimento de rotina. O estudo quase-experimental foi dividido em dois momentos: 1) recrutamento (T₁), considerado como linha de base; 2) avaliação dos desfechos (T₂). Utilizaram-se três instrumentos para coleta de dados: Formulário de caracterização sociodemográfica e de hábitos de vida de pessoas com HIV; Instrumento de avaliação do Perfil de Estilo de Vida Individual; Escala de Satisfação para Manejo da Doença Automatizado por Telefone. O acompanhamento telefônico teve duração de 18 semanas, durante esse período, foram realizadas ligações quinzenais, totalizando dez ligações para cada participante. Para cada ligação, havia uma temática principal a ser abordada, a saber: apresentação do acompanhamento telefônico; adesão à TARV; hábitos alimentares; atividade física; apoio social; autoestima; ansiedade e depressão; prática de comportamento preventivo, sexualidade e finalização. Dados foram analisados por meio do programa *Statistical Package for the Social Sciences* (SPSS), versão 24.0. A análise da construção e validação do roteiro para acompanhamento telefônico foi realizada a partir do cálculo do Índice de Validação de Conteúdo (IVC). Calcularam-se as frequências absolutas e relativas das variáveis categóricas, utilizou-se o teste de Fisher para avaliar a homogeneidade entre o GC e o GI. Para investigar os efeitos do acompanhamento telefônico nos componentes do estilo de vida, utilizou-se a técnica Modelos Lineares Generalizados. O roteiro foi validado por 11 enfermeiros com *expertise* na temática. Os itens do roteiro apresentaram IVC relativo ao grau de relevância acima de 0,90 (I-ICVI= 1; S-CVI/AVE = 1; S-CVI= 1). Os grupos apresentaram-se homogêneos quanto às características sociodemográficas, aos hábitos de vida e aos componentes do estilo de vida, observando-se diferença estatisticamente significativa apenas entre o sexo (p=0,042) e a idade dos participantes (p=0,050). Após a intervenção, os hábitos alimentares foram estatisticamente mais adequados no GI, quando analisado o efeito do tempo (p=0,024) e do grupo (p=0,047). Identificou-se uma alta aceitabilidade dos participantes em relação ao acompanhamento telefônico (94,3%). Conclui-se que embora o acompanhamento telefônico não tenha demonstrado mudança estatisticamente significativa em relação aos componentes do estilo de vida, foi considerado viável no cuidado às pessoas vivendo com HIV, por favorecer a relação profissional e o suporte necessários para o alcance de um estilo de vida saudável.

Palavras-chave: HIV. Telefone. Estilo de vida.

ABSTRACT

This study aimed to assess the effectiveness of a telephone follow-up on the lifestyle of people living with HIV. This is a multi-method study, consisting of a methodological research and a quasi-experimental study. The methodological research consisted of the construction and validation of a script for telephone follow-up. In the quasi-experimental stage, it was conducted an intervention to the lifestyle of people living with HIV. Data collection was carried out in two Specialized Attention Services for HIV/aids in Fortaleza, Ceará, from August 2016 to July 2017. The sample consisted of 118 people living with HIV, 65 comprising the control group (CG), receiving routine care according to the institution's protocol. Others (n = 53) were included in the intervention group (GI) and received telephone calls, in addition to routine care. The clinical trial was divided in two moments: 1) recruitment (T1), also named baseline, and 2) assessment of the outcomes (T2). Three instruments were used for data collection: Form of sociodemographic characterization and life habits of people with HIV; Individual Lifestyle Profile assessment tool; Satisfaction Scale for Management of Automated Disease by Telephone. The telephone follow-up lasted 18 weeks, during this period, biweekly calls were made, a total of ten calls for each participant. Each call had a main topic to be addressed, namely: presentation of telephone follow-up; adherence to ART; eating habits; physical activity; social support; self esteem; anxiety and depression; practice of preventive behaviour, sexuality and finalization. Data was analyzed using the Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), version 24.0. Analysis of the construction and validation of the script for telephone follow-up was carried out from the calculation of Content Validation Index (CVI). Absolute and relative frequencies of continuous and categorical variables were calculated, Fisher's test was used to evaluate homogeneity among GC and GI. Generalized Linear Models technique was used to investigate the effects of telephone follow-up on lifestyle components. The script was validated by 11 nurses with expertise in the subject. All items in the script presented a CVI related to the degree of relevance above 0.90 (I-ICVI = 1; S-CVI / AVE = 1; S-CVI = 1). The groups were homogeneous regarding socio-demographic characteristics, lifestyle habits and lifestyle components. Statistically significant difference was observed only between sex ($p = 0.042$) and participants' age ($p = 0.050$). After the intervention, eating habits were statistically more adequate in the GI, when the effect of time ($p = 0.024$) and group ($p = 0.047$) were analyzed. Participants demonstrated high acceptability regarding telephone follow-up (94.3%). It is concluded that, although telephone follow-up did not demonstrate statistically significant change related to lifestyle components, it is considered viable for the care of people living with HIV since it favoured the proximity and support needed to reach a healthy lifestyle.

Keywords: HIV. Telephone. Life Style.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Figura 1 - Fluxograma de seleção dos artigos da revisão sistemática, de acordo com a recomendação PRISMA. Fortaleza-CE, 2018.....	25
Figura 2 - Sistematização da coleta de dados de acordo com os momentos do ensaio clínico. Fortaleza-CE, 2018.....	41
Figura 3 - Fluxograma de seguimento dos participantes. Fortaleza-CE, 2018.....	46

LISTA DE QUADROS

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada na revisão sistemática. Fortaleza-CE. 2018..	24
Quadro 2 - Síntese dos artigos que integraram a amostra da revisão sistemática. Fortaleza-CE, 2018.....	27
Quadro 3 - Síntese das intervenções utilizando ligações telefônicas e respectivos resultados no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV. Fortaleza-CE, 2018.....	30
Quadro 4 - Cronograma do acompanhamento telefônico para pessoas vivendo com HIV. Fortaleza-CE, 2018.....	39

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 -	Concordância dos juízes acerca da clareza e Índice de validade de Conteúdo quanto aos itens do roteiro para acompanhamento telefônico.....	45
Tabela 2 -	Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos controle e intervenção. Fortaleza-CE, 2018.....	47
Tabela 3 -	Caracterização dos hábitos de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção. Fortaleza-CE, 2018.....	49
Tabela 4 -	Caracterização dos componentes do estilo de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção. Fortaleza-CE, 2018.....	50
Tabela 5 -	Efetividade do acompanhamento telefônico nos componentes do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV. Fortaleza-CE, 2018.....	51
Tabela 6 -	Satisfação dos participantes do grupo intervenção em relação ao acompanhamento telefônico (n=53). Fortaleza-CE, 2018.....	53

LISTA DE ABREVIATURAS E SIGLAS

CARE	<i>Centralized of site AdheRence Enhancement</i>
CDC	<i>Centers for Disease Control and Prevention</i>
CINAHL	<i>Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literatu</i>
CNPq	Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico
COGETS	Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde
DCV	Doença cardiovascular
GC	Grupo controle
GI	Grupo intervenção
HIV	Vírus da Imunodeficiência Humana
HSH	Homens que fazem sexo com Homens
HUWC	Hospital Universitário Walter Cantídio
IVC	Índice de Validade de Conteúdo
LILACS	Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde
MAPS	<i>Managed Problem Solving</i>
MDAT	Escala de Satisfação para Manejo da Doença Automatizado por Telefone
Medline	<i>Medical Literature Analysis and Retrieval System Online</i>
MeSH	<i>Medical Subject Headings</i>
MLG	Modelos Lineares Generalizados
Neaids	Núcleo de estudo em HIV/aids e doenças associadas
OMS	Organização Mundial de Saúde
OPAS	Organização Pan Americana de Saúde
PEVI	Perfil de Estilo de Vida Individual
PrEP	Profilaxia Pré-exposição
PRISMA	<i>Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses</i>
PVHA	Pessoa Vivendo com HIV/aids
SMS	<i>Short Message Service</i>
SPSS	<i>Statistical Package for the Social Sciences</i>
TARV	Terapia Antirretroviral
TCLE	Termo de Consentimento Livre e Esclarecido
TIC	Tecnologia de Informação e Comunicação
UFC	Universidade Federal do Ceará
UNAIDS	Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/aids

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	13
1.1	Estilo de vida de pessoas vivendo com HIV.....	13
1.2	Uso das tecnologias de cuidado para pessoas vivendo com HIV.....	20
2	REVISÃO DA LITERATURA.....	23
3	OBJETIVOS.....	33
3.1	Objetivo Geral.....	33
3.2	Objetivos Específicos.....	33
4	METODOLOGIA.....	34
4.1	Tipo de estudo.....	34
4.2	Local do estudo.....	34
4.3	População e amostra.....	35
4.4	Critérios de elegibilidade.....	35
4.5	Construção e validação do roteiro para acompanhamento telefônico do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV.....	36
4.6	Desenho do estudo quase-experimental.....	37
4.6.1	<i>Primeiro momento: Linha de Base (T1).....</i>	37
4.6.2	<i>Segundo momento: avaliação dos desfechos (T2).....</i>	38
4.6.3	<i>Intervenção.....</i>	38
4.7	Instrumentos de coleta de dados.....	42
4.7.1	<i>Formulário de caracterização sociodemográfica e de hábitos de vida de pessoas com HIV.....</i>	42
4.7.2	<i>Instrumento de avaliação do Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI)...</i>	42
4.7.3	<i>Escala de Satisfação para Manejo da Doença Automatizado por Telefone (MDAT).....</i>	43
4.8	Análise de dados.....	43
4.9	Aspectos éticos e legais.....	44
5	RESULTADOS.....	45
5.1	Construção e validação do roteiro para acompanhamento telefônico do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV.....	45
5.2	Fluxo de seguimentos dos participantes do estudo.....	45

5.3	Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos controle e intervenção.....	47
5.4	Caracterização dos hábitos de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção.....	48
5.5	Caracterização dos componentes do estilo de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção.....	49
5.6	Efetividade do acompanhamento telefônica no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV.....	50
5.7	Satisfação dos participantes do grupo intervenção em relação ao acompanhamento telefônico.....	52
6	DISCUSSÃO.....	56
7	CONCLUSÃO.....	62
	REFERÊNCIAS.....	64
	APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO DO ESTILO DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.....	77
	APÊNDICE B – FOLHETO EDUCATIVO COM DICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV.....	83
	APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO.....	84
	ANEXO A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE HÁBITOS DE VIDA DE PESSOAS COM HIV.....	86
	ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL DE ESTILO DE VIDA INDIVIDUAL (PEVI).....	88
	ANEXO C - ESCALA DE SATISFAÇÃO PARA MANEJO DA DOENÇA AUTOMATIZADO POR TELEFONE (MDAT).....	89
	ANEXO D – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA.....	90
	ANEXO E - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO EMITIDA PELA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (COGETS).....	94

1 INTRODUÇÃO

1.1 Estilo de vida de pessoas vivendo com HIV

Com o advento da Terapia Antirretroviral (TARV), a aids passou a assumir características de uma doença crônica, aumentando significativamente o tempo de sobrevivência de Pessoas Vivendo com HIV/aids (PVHA), proporcionando reduções significativas nas mortes relacionadas à infecção pelo Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV) e aumento na expectativa de vida dessas pessoas (CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION, 2016).

Políticas públicas têm sido desenvolvidas direcionadas ao HIV em âmbito nacional. O Brasil foi pioneiro na disponibilização da TARV às PVHA, independentemente do valor da carga viral e dos linfócitos T CD4+, uma medida que visa não somente o benefício para as PVHA, como também a redução da transmissão do vírus (ABIA, 2017).

Com o alcance de melhorias contínuas no tratamento do HIV, as PVHA vivem mais tempo, de modo que a sobrevivência global se aproxima da população geral (UNAIDS, 2018). No entanto, o viver com o vírus continua sendo um desafio, pois está associado a uma série de estressores significativos e recorrentes (crônicos), incluindo dor física, efeitos colaterais da terapia medicamentosa, estigma social e discriminação, entre outros estressores sociais (BRANDT *et al.*, 2017).

Apesar do aumento da sobrevivência, as PVHA apresentam envelhecimento prematuro e acelerado, provavelmente ocasionado pela inflamação crônica e ativação imune persistente (D'ETTORRE *et al.*, 2016). Os efeitos colaterais associados ao antirretrovirais ocasionam múltiplos distúrbios metabólicos, tornando o tratamento dos problemas metabólicos e o risco de Doença Cardiovascular (DCV), questão crítica entre as PVHA em uso de TARV. Destaca-se que a DCV é uma das principais causas de morte em PVHA que possuem adesão adequada à TARV (RODGER *et al.*, 2013).

Múltiplos fatores têm sido atribuídos ao aumento do risco de DCV em PVHA, incluindo a própria infecção pelo vírus e os fatores de risco tradicionais para o desenvolvimento de doenças crônicas, como hipertensão, diabetes, dislipidemia e obesidade, os quais são observados em taxas elevadas nas PVHA (ESCOTA *et al.*, 2018). Diante desse problema, número crescente de pessoas com HIV tem realizado

procedimentos cardíacos invasivos como resultado de eventos cardiovasculares agudos ou de doença aterosclerótica grave (D'ETTORRE *et al.*, 2016).

Um estilo de vida inadequado, com práticas de tabagismo, sedentarismo, dieta inadequada e fatores individuais, como alto estresse, trauma emocional, depressão e outros fatores, contribuem para intensificar o risco de desenvolver doenças cardiovasculares (YAHIAOUI; SMITH; VOSS, 2013). No entanto, alguns dos fatores de risco para DCV podem ser prevenidos ou modificados, através de mudanças no estilo de vida (CAPILI *et al.*, 2014; GEAM; SPNS; GESIDA, 2015).

A atividade física regular, o abandono do abuso de substâncias e os hábitos alimentares saudáveis são importantes práticas de estilo de vida saudável, que além de reduzir o risco cardiovascular entre as PVHA, melhoram a qualidade de vida (GEAM; SPNS; GESIDA, 2015). A Organização Pan-Americana de Saúde (OPAS) define estilo de vida como conceito amplo que analisa a pessoa como um todo, na área física, mental, espiritual e social, estando relacionado às escolhas que as pessoas fazem e à forma como elas vivem (OPAS, 2005).

As ações do cotidiano, como costumes e valores, refletem diretamente no estilo de vida das pessoas. Acredita-se que o primeiro passo para que haja mudança no estilo de vida é a sensibilização quanto às atitudes saudáveis a serem assumidas (NAHAS, BARROS, FRANCALACCI, 2000; NAHAS., 2013).

De acordo com Nahas, Barros e Francelacci (2000), o estilo de vida consiste em um conjunto de ações cotidianas que refletem as atitudes e os valores das pessoas. Nesse contexto, a alimentação equilibrada, a prática regular de exercícios físicos, o controle do estresse, o comportamento preventivo e o não uso de drogas lícitas e ilícitas são alguns dos componentes do estilo de vida que podem ser modificados para se ter uma boa saúde e uma melhor qualidade de vida (NAHAS *et al.*, 1996).

Nahas (2013) divide o estilo de vida em cinco componentes, a saber: nutrição, estresse, atividade física, relacionamento social e comportamento preventivo. Com base nessa classificação, um estilo de vida saudável inclui comportamentos preventivos de saúde, adequada nutrição, controle de peso, lazer, exercícios regulares e a privação de substâncias nocivas ao organismo (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

A literatura científica aponta que as PVHA apresentam déficit de informações sobre as modificações na dieta e estilo de vida (CAPILI *et al.*, 2014). A maioria dos pacientes possui pouco conhecimento sobre nutrição e alimentação saudável,

além de apresentar comportamentos alimentares inadequados que ocasionam alterações antropométricas e metabólicas (GALINDO *et al.*, 2015).

O controle da alimentação saudável, do peso e a prática de atividade física são componentes importantes no cuidado às pessoas com HIV, a fim de reduzir as comorbidades, a mortalidade e os custos com saúde (CAPILI *et al.*, 2014). Além disso, a promoção de comportamentos saudáveis, incluindo a nutrição e os exercícios físicos, podem proporcionar envelhecimento saudável às PVHA (CALCAGNO *et al.*, 2015). Dieta saudável e exercício físico são estratégias amplamente recomendadas para atingir e manter a saúde, mas muitas PVHA não se envolvem em níveis recomendados de atividade física e apresentam alto risco de déficits nutricionais (WEBEL *et al.*, 2017).

No que se refere à nutrição, os sintomas gastrointestinais são comuns no contexto do HIV, de maneira que uma alimentação saudável, adequada às necessidades individuais, contribui para o aumento dos níveis dos linfócitos T CD4+ e melhora a absorção intestinal, além de diminuir os agravos provocados pela diarreia, a perda de massa muscular e a ocorrência da síndrome da lipodistrofia (BRASIL, 2006). Mudanças nos hábitos alimentares de PVHA podem ajudar a reduzir fatores de risco metabólicos, desnutrição e prevenir doenças cardiovasculares (DEROSE *et al.*, 2018). Portanto, orientar uma alimentação saudável é colaborar para promover melhoria do estado nutricional e da qualidade de vida das PVHA (BRASIL, 2006).

O exercício físico entre as PVHA consiste em uma importante estratégia de enfrentamento para lidar com o estigma (ZHANG *et al.*, 2014) e representa intervenção não farmacológica propícia para reduzir os altos níveis de inflamação ocasionados pelo vírus (D'ETTORRE *et al.*, 2016). O Ministério da Saúde recomenda a realização de pelo menos 30 minutos de atividade física moderada cinco vezes por semana, ou 20 minutos de atividade física vigorosa três vezes por semana para PVHA (BRASIL, 2012).

Dentre os benefícios da prática de atividade nesse público-alvo, estão: melhora do sistema imunológico; da composição corporal tanto de pacientes em TARV como dos que não fazem uso dessa medicação, com diminuição da gordura da região central e da massa gorda total (gordura) e aumento da massa magra total (muscular); da aptidão cardiorrespiratória; da força e resistência muscular; diminuição da ansiedade e depressão; estímulo à aquisição de hábitos de vida saudáveis (BRASIL, 2012).

Pesquisas desenvolvidas com as PVHA reforçam os benefícios da prática da atividade física. Estudo realizado com PVHA comprovou que a massa gorda, a frequência cardíaca de repouso, a circunferência da cintura e a glicose diminuíram após

a prática regular de atividade física, enquanto a massa muscular, os linfócitos T CD4+ e o consumo máximo de oxigênio aumentaram (OGALHA *et al.*, 2011). Estudo realizado por Santos *et al.* (2018) apontou como benefícios da atividade física nesse público-alvo, a melhoria da qualidade do sono.

Apesar dos benefícios da atividade física entre as PVHA, estudo demonstrou que essas pessoas apresentam padrões de atividade física precários e saúde cardiovascular diminuída (WEBEL *et al.*, 2018). Portanto, sinaliza-se a importância de um programa viável e de custo efetivo que estimule a inserção da atividade física no cotidiano das PVHA, contribuindo, assim, para diminuir as complicações metabólicas associadas à TARV (JAGGERS *et al.*, 2013).

No que se refere ao componente do estilo de vida denominado de comportamento preventivo, pesquisa indicou que o compartilhamento de seringas, o uso de drogas e as práticas sexuais inseguras são comuns entre as PVHA e potencializam o risco de transmissão do HIV (BRION; KEMPPAINEN, 2017). O uso de álcool e drogas ilícitas é prevalente em PVHA (SILVA *et al.*, 2017; GARIN *et al.*, 2015).

O uso nocivo do álcool está relacionado à morte prematura, é considerado um importante fator de risco evitável para transtornos neuropsiquiátricos, doenças cardiovasculares, cirrose hepática e câncer (WHO, 2018). Em PVHA, além de todos esses efeitos, o uso do álcool afeta a qualidade de vida (SANTOS *et al.*, 2017) e interfere na adesão ao tratamento (PELLOWSKI *et al.*, 2016; SCHENSUL *et al.*, 2017). Além disso, o consumo pode aumentar os comportamentos sexuais de risco, como sexo desprotegido, múltiplos parceiros e comercialização do sexo (KAHLER *et al.*, 2015; SCHENSUL *et al.*, 2017)

Evidências demonstram que as PVHA reconhecem os efeitos prejudiciais do uso de álcool (MADHOMBIRO *et al.*, 2018) e buscam interromper ou reduzir o consumo após iniciar o tratamento (SUNDARARAJAN *et al.*, 2015). No entanto, os indivíduos vivenciam conflitos morais entre as razões para reduzir a ingestão de álcool e os motivos que os levam ao consumo, como alívio do estresse e prazer em consumir a bebida alcoólica (SUNDARARAJAN *et al.*, 2015).

O envolvimento das pessoas com HIV com o autocuidado é necessário para melhorar os resultados do tratamento no contexto do uso de álcool (MADHOMBIRO *et al.*, 2018). Faz-se necessário que PVHA sejam orientadas quanto aos danos causados pelo o uso de álcool, incluindo estratégias de redução da ingestão e orientações sobre

como manter a adesão ao tratamento, mesmo quando estão consumindo bebidas alcoólicas (FATCH *et al.*, 2017).

O estigma e o tempo gasto para participar de uma intervenção sobre o uso de álcool podem ser impedimentos para aceitação da intervenção (MADHOMBIRO *et al.*, 2018). Nesse contexto, o uso de ligações telefônicas é benéfico, por não exigir que o paciente vá ao serviço para receber as orientações, pois sem o apoio de profissionais da saúde, os pacientes podem não conseguir realizar mudanças de longo prazo quanto ao consumo de bebidas alcoólicas (SUNDARARAJAN *et al.*, 2015).

Por sua vez, o tabagismo nas PVHA aumenta o risco de desenvolver infecções oportunistas, câncer de pulmão, distúrbios pulmonares obstrutivos, intensifica os níveis de marcadores inflamatórios persistentes, causa estresse oxidativo e disbiose (CIOE *et al.*, 2015; ROSSOUW; ANDERSON; FELDMAN, 2015; FITZPATRICK; KUNISAKI, MORRIS, 2018). Além disso, quando comparados à população em geral, as PVHA são mais propensas a fumar e menos suscetíveis a parar de fumar (MDODO *et al.*, 2015).

Estima-se que os fumantes que vivem com HIV perdem 140% a mais de anos de vida em comparação aos não fumantes (HELLEBERG *et al.*, 2013). Outro estudo realizado com fumantes norte-americanos vivendo com HIV comprovou diminuição de mais de seis anos na expectativa de vida devido ao tabagismo, superando possivelmente a perda causada pela própria infecção (REDDY *et al.*, 2016).

Ainda acerca do tabagismo entre as PVHA, pesquisa demonstrou o déficit de conhecimento dessa população em relação aos riscos de fumar (SHIRLEY *et al.*, 2018). Desta forma, estratégias de triagem e cessação do tabaco são importantes como parte do tratamento de rotina do HIV (MDODO *et al.*, 2015). Em especial, a cessação do tabagismo deve ser uma das prioridades nos programas de tratamento do HIV (HELLEBERG *et al.*, 2013; REDDY *et al.*, 2016; SHIRLEY *et al.*, 2018).

A respeito do comportamento preventivo no âmbito da sexualidade, pesquisas revelam que após o diagnóstico da infecção pelo HIV, podem haver mudanças das práticas sexuais, como abstinência sexual, prática de sexo sem penetração, uso do preservativo com mais frequência e redução do número de parceiros (PETTIFOR *et al.*, 2015; RUCINSKI *et al.*, 2018). Estratégias de redução de risco que defendem a abstinência ou o uso de preservativo com todos os parceiros deve ser fortemente enfatizadas e para as pessoas que continuam a praticar sexo desprotegido, a Profilaxia

Pré-exposição (PrEP) deve ser oferecida aos parceiros que sejam HIV-negativos como prioridade para prevenção (RUCINSKI *et al.*, 2018).

Com relação ao componente relacionamento social, destaca-se que o suporte social representa forma de promover a saúde das PVHA (CUNHA; GALVÃO, 2016), pois contribui para o autocuidado, melhora a qualidade de vida e reduz sentimentos de incapacidade diante da infecção (PEDROSA *et al.*, 2016). O apoio da família, colegas e amigos íntimos facilita uma atitude positiva em relação ao diagnóstico do HIV e ao estigma decorrente da infecção (ZHANG *et al.*, 2014).

Acerca desse aspecto, pesquisa indicou que as PVHA que recebem apoio familiar frequentam os serviços de saúde com maior regularidade (AYER *et al.*, 2016). Portanto, esse apoio é fundamental, tendo em vista que o atendimento clínico regular, o reabastecimento da medicação e as investigações laboratoriais são aspectos importantes para o sucesso do tratamento e o alcance de bons resultados clínicos (ANOJE *et al.*, 2017).

Aponta-se que o não comparecimento das pessoas em uso de TARV às consultas é universal (NAGATA; GUTIERREZ, 2015) e está associado à maior taxa de mortalidade (ZHANG *et al.*, 2012). A falha na tomada de medicamento também representa um desafio. Muitos são os fatores que levam as PVHA a não tomarem os medicamentos, dentre eles podem ser citados: esquecimento; omitir uma dose por se sentir mal ou para não lembrar da doença; crenças de toxicidade interativas em relação ao uso de álcool e drogas ilícitas; medo de ser visto por alguém enquanto está tomando a medicação; e acreditar que não precisa tomar à TARV (KOOLE *et al.*, 2016; BORETZKI *et al.*, 2017). No entanto, a ligação telefônica pode ser usada para lembrar a data das consultas agendadas, diminuir a prevalência do absenteísmo nos serviços de saúde, lembrar do dia da entrega dos medicamentos e incentivar a continuidade das estratégias de adesão (GROSS *et al.*, 2013; PEDROSA *et al.*, 2017).

A respeito do componente controle do estresse, a literatura científica destaca que o viver com o HIV é, muitas vezes, estressante, trazendo como consequência a menor contagem de linfócitos T CD4+, a maior carga viral e a progressão da doença, além de repercutir negativamente na adesão ao tratamento (WEINSTEIN; LI, 2016). No contexto do HIV, o estresse da vida tem sido consistentemente associado à ansiedade, à depressão e ao uso indevido de substâncias, comprometendo a qualidade de vida (YI *et al.*, 2015).

Dentre os problemas de saúde mental mais prevalentes em PVHA, pode-se destacar a ansiedade e a depressão (NIU *et al.*, 2016; ADAMS *et al.*, 2016), sendo esses

transtornos associados à menor qualidade de vida nessa população (PASSOS; SOUZA, 2015). A depressão é o transtorno mental mais comum em PVHA, sendo a prevalência de depressão, aproximadamente, três vezes maior do que as pessoas sem a infecção pelo HIV (DO *et al.*, 2014). Estudo estima a prevalência de depressão em pacientes com HIV, mas não há consenso sobre a prevalência de depressão entre esses pacientes (DOOSTI-IRANI *et al.*, 2017).

A depressão entre as PVHA tem vários efeitos adversos, impacta não apenas o estado de saúde das pessoas vivendo com HIV, causando a progressão da doença e levando à morte, além de ter efeito negativo sobre a adesão ao medicamento, estando associada ao uso inconsistente de preservativos, ao abuso de drogas e suicídio (ADAMS *et al.*, 2016; BETANCUR *et al.*, 2017). Em relação à ansiedade, tanto o HIV pode aumentar o risco de desenvolver sintomas e distúrbios de ansiedade como estados de ansiedade podem influenciar a gravidade do HIV/aids (BRANDT *et al.*, 2017).

Devido ao potencial efeito prejudicial dos problemas de saúde mental nos resultados clínicos das PVHA, o tratamento efetivo e o acompanhamento ao longo do tempo são essenciais para o manejo efetivo dessa condição crônica e incapacitante (DO *et al.*, 2014). No entanto, poucas intervenções eficazes existem para melhorar o estado de saúde mental das PVHA. Desta forma, faz-se necessário o desenvolvimento e a avaliação de intervenções para melhorar o estado de saúde mental das PVHA (BRANDT *et al.*, 2017; SAADAT; BEHBOODI; SAADATE, 2015).

Portanto, são necessárias abordagens abrangentes e inovadoras para o gerenciamento de transtornos psiquiátricos nessa população (SAADAT; BEHBOODI; SAADATE, 2015). Recomenda-se a avaliação da saúde mental das PVHA, a fim de proporcionar cuidado holístico (NIU *et al.*, 2016). Ademais, fornecer atendimento integrado que aborde problemas de saúde mental e hábitos de vida saudáveis pode ser uma estratégia para melhorar a saúde de PVHA.

De forma geral, os problemas de saúde mental podem acarretar sérios impactos negativos nas PVHA, incluindo diminuição da resposta imunológica, progressão da doença, aumento de comportamentos de risco, redução da capacidade de aderir com sucesso às recomendações de tratamento e diminuição da capacidade de permanecer envolvido no cuidado (BRION; KEMPPAINEN, 2017).

Devido ao potencial efeito prejudicial dos problemas de saúde mental nos resultados clínicos das PVHA, o tratamento efetivo e o acompanhamento ao longo do tempo são essenciais para o manejo efetivo dessa condição crônica e incapacitante (DO

et al., 2014). Todos os pacientes devem ser avaliados em relação à depressão e ao abuso de substâncias e, se presentes, um plano de manejo que lide com esses problemas deve ser desenvolvido e implementado em colaboração com a equipe multiprofissional (ABERG *et al.*, 2014). Pesquisas sobre a viabilidade e eficácia de programas de intervenção que proporcionem mudança no estilo de vida das PVHA são necessárias (CAPILI *et al.*, 2014).

Em decorrência das especificidades relacionadas aos componentes do estilo de vida entre as PVHA, são necessárias pesquisas que envolvam essa abordagem, de maneira a melhorar a qualidade de vida, incentivar o comportamento preventivo e diminuir as chances de comorbidades. Para proporcionar orientações quanto ao estilo de vida nessa população, destaca-se a possibilidade de utilização das tecnologias de cuidado, as quais serão detalhadas na seção seguinte.

1.2 Uso das tecnologias de cuidado para pessoas vivendo com HIV

A Organização Mundial da Saúde (OMS) define *e-Health* como o uso da tecnologia de informação e comunicação (TIC) na saúde. Este termo envolve amplo grupo de atividades que usam meios eletrônicos para fornecer informações, recursos e serviços relacionados à saúde (WHO, 2011).

Entre os tipos de *e-Health*, destaca-se a *mHealth*, que inclui práticas médicas de saúde pública amparadas por dispositivos móveis, como telefones celulares, dispositivos de monitoramento de pacientes, assistentes digitais pessoais entre outros dispositivos sem fio, bem como engloba as *Short Message Service* (SMS), as vídeos mensagens, as ligações telefônicas e a conectividade por meio de internet móvel (WHO, 2011).

A natureza onipresente das tecnologias móveis na vida diária cria oportunidades para ferramentas de gerenciamento de comportamento de saúde que não eram possíveis anteriormente (ESTRIN; SIM, 2010). A *mHealth* pode ser usada para avaliar e modificar rapidamente o comportamento relacionado à saúde, bem como para transformar a tomada de decisão dos pacientes sobre a própria saúde (KUMAR *et al.*, 2013). Portanto, sua utilização pode reduzir as disparidades geográficas e econômicas, além de ajudar a personalizar os cuidados de saúde (AKTER; RAY, 2010; KLASNJA; PRATT, 2012).

As *mHealth* estão em ascensão entre os profissionais da saúde que adotam os *smartphones* em práticas de trabalho, tais ferramentas são usadas para estimular mudanças de comportamento ou ajudar as pessoas a levar um estilo de vida mais saudável, além de apoiar o diagnóstico e o tratamento das doenças (BOULOS *et al.*, 2011; KAMPMEIJER *et al.*, 2016).

As tecnologias móveis para saúde são consideradas ferramentas inovadoras para melhorar o acesso e a qualidade dos cuidados de saúde, revelando-se como instrumentos de custo-efetividade satisfatórios (MUESSIG *et al.*, 2015). Essas tecnologias estão tornando-se cada vez mais viáveis, principalmente, porque um grande número de pessoas atualmente possui um ou mais dispositivos, incluindo dispositivos telefônicos e/ou *tablets* (STATISTA, 2018).

Evidências demonstram que a *mHealth* pode ser uma ferramenta valiosa na gestão de doenças crônicas, incluindo o HIV, e tem o potencial de abordar muitas das necessidades de saúde das PVHA, incluindo a retenção aos cuidados e a adesão ao tratamento (SCHNALL *et al.*, 2015).

Além disso, as intervenções de saúde por telefone celular estão sendo cada vez mais utilizadas para prevenção e tratamento do HIV (SIMONI *et al.*, 2015; PEDROSA *et al.*, 2017). Quando o uso das TIC é associado ao cuidado habitual das PVHA, observa-se maior vínculo entre as pessoas com HIV e a equipe de saúde, aumentando a relação de confiança e criando oportunidades para o esclarecimento de dúvidas e anseios (LIMA *et al.*, 2016).

As vantagens das ligações telefônicas como tecnologia para promoção da saúde, em comparação com outras consagradas, correspondem à melhor relação custo-eficácia, à conveniência, ao amplo alcance e à grande popularidade desse serviço nos países em desenvolvimento (CATALANI *et al.*, 2013).

A intervenção telefônica traz benefícios por não requerer acesso à *internet* e reduzir as barreiras relacionadas ao paciente, como transporte e conflitos de trabalho, além de diminuir a sobrecarga de atendimento nas clínicas (ROSEN *et al.*, 2017). Outro benefício é que a intervenção telefônica permite maior individualização (em relação às sessões baseadas em grupo), recurso que pode atrair pessoas que vivem com doenças estigmatizantes (ROSEN *et al.*, 2017).

As intervenções de *mHealth*, no contexto da infecção pelo HIV, têm grande potencial para superar as barreiras do atendimento presencial ao abordar os fatores relacionados à prevenção, ao tratamento e à redução do estigma (SIMONI *et al.*, 2015).

Ademais, as intervenções realizadas por telefone podem superar muitas barreiras ao não exigir visitas clínicas frequentes, alfabetização ou acesso à tecnologia dispendiosa (SIMONI *et al.*, 2015) e, portanto, podem representar abordagem promissora para promover a mudanças no estilo de vida.

No contexto do HIV, pesquisa recente usando as tecnologias de telefones celulares, como mensagem de texto, sugeriu alta eficácia dos lembretes semanais para melhorar a adesão à TARV (ABDULRAHMAN *et al.*, 2017). Outro estudo aponta que o uso de tecnologias de informação e comunicação associado aos cuidados padronizados propicia maior vínculo entre as PVHA e a equipe de saúde, aumentando a relação de confiança e criando oportunidades para o esclarecimento de dúvidas e anseios (LIMA *et al.*, 2016).

Diante do exposto, acredita-se que ligações telefônicas consistem em uma oportunidade para o reforço de orientações importantes quanto à saúde mental e aos hábitos de vida saudáveis, com a possibilidade de diminuir as dificuldades vivenciadas pelas pessoas com HIV. Assim, propôs-se um acompanhamento telefônico para abordar o estilo de vida das PVHA, com vistas à ampliação do conhecimento dessa população sobre essa temática, bem como a melhoria da saúde e da qualidade de vida.

Considera-se que a pesquisa pode contribuir com a inovação da metodologia de atendimento utilizada no atendimento às PVHA, haja vista que se trata de intervenção viável e efetiva. Reitera-se que, além da contribuição científica nacional, o estudo contribui com a prática da enfermagem, visto que possibilita o trabalho dos enfermeiros em um novo campo de atuação.

Diante do exposto, foi formulada a seguinte hipótese: as PVHA que participarão do Grupo Intervenção (GI), apresentarão diferença significativa nos componentes do estilo de vida, quando comparadas às PVHA do Grupo Controle (GC).

2 REVISÃO DA LITERATURA

Diante da necessidade de aprofundar o conhecimento acerca das intervenções telefônicas direcionadas ao estilo de vida de PVHA, realizou-se revisão sistemática, com objetivo de analisar as evidências científicas que tenham utilizado o acompanhamento telefônico como estratégia de cuidado para melhorar o estilo de vida das PVHA. Definiu-se estilo de vida baseado no referencial do Pentágulo do bem-estar (NAHAS; BARROS; FRANCALACCI, 2000).

A revisão sistemática utiliza-se de métodos sistemáticos e explícitos para reunir todas as evidências disponíveis, este tipo de revisão tem sido solicitada por agências de fomento para assegurar que há necessidade de pesquisas adicionais em relação a um determinado tema (GALVÃO; PANSANI, 2015). Os resultados dessa investigação indicarão lacunas a serem preenchidas e viabilizará a operacionalização da intervenção telefônica proposta nesta tese.

A realização da revisão sistemática foi realizada com base nos seguintes passos recomendados pela colaboração *Cochrane*: 1) formulação da questão de pesquisa; 2) localização dos estudos; 3) avaliação crítica das pesquisas; 4) coleta de dados; 5) análise e 6) apresentação das informações (HIGGINS; GREEN, 2011). Além disso, a revisão foi organizada de acordo com as recomendações *Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses* (PRISMA), que consiste em um *checklist* com 27 itens e um fluxograma composto por quatro etapas (identificação, seleção, elegibilidade, inclusão). Essas recomendações objetivam proporcionar padrão de qualidade das revisões sistemáticas (GALVÃO; PANSANI; HARRAD, 2015).

A construção da pergunta de pesquisa foi formulada de acordo com a estratégia PICO, que representa um acrônimo para Paciente, Intervenção, Comparação e “*Outcomes*” (desfecho) (SANTOS; PIMENTA; NOBRE; 2007). Deste modo, formulou-se a seguinte questão: qual o efeito de intervenções baseadas no uso de ligações telefônicas no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV?

A busca bibliográfica das evidências ocorreu em agosto de 2018, nas seguintes bases de dados: Literatura Latino-Americana e do Caribe em Ciências da Saúde (LILACS), *Cummulative Index to Nursing and Allied Health Literature* (CINAHL), *Web of Science*, SCOPUS e *Medical Literature Analysis and Retrieval System Online* (MEDLINE/PubMed).

O Quadro 1 apresenta um resumo da estratégia de busca utilizada na revisão sistemática. Combinaram-se os descritores controlados extraídos do *Medical Subject Headings* (MeSH) com os operadores *booleanos* AND e OR. O operador booleano OR foi utilizado para combinação aditiva dos descritores dos componentes da estratégia PICO. Após essa seleção, os componentes foram inter-relacionados de acordo com a seguinte combinação final: (P) AND (I) AND (O). Optou-se por não utilizar descritores para controle ou comparação.

Quadro 1 - Estratégia de busca utilizada na revisão sistemática. Fortaleza-CE, 2018

Acrônimo e definições	Descritores
P (população): pessoas vivendo com HIV	“Acquired Immunodeficiency Syndrome” OR “HIV”
AND	
I (intervenção): intervenção baseada no uso de ligações telefônicas	“Clinical Trial” OR “Telephone” OR “Cell Phone”
C (comparação): Não foram utilizados descritores controlados	
AND	
O (Outcomes): estilo de vida	“Life Style” OR “Healthy Lifestyle” OR “Feeding Behavior” or “Exercise” Or “Risk-Taking” OR “Health Risk Behaviors” OR “Sexual Behavior” OR “Harm Reduction” OR “Smoking Cessation” OR “Medication adherence” OR “Leisure Activities” OR “Social Support” OR “Stress, Psychological”

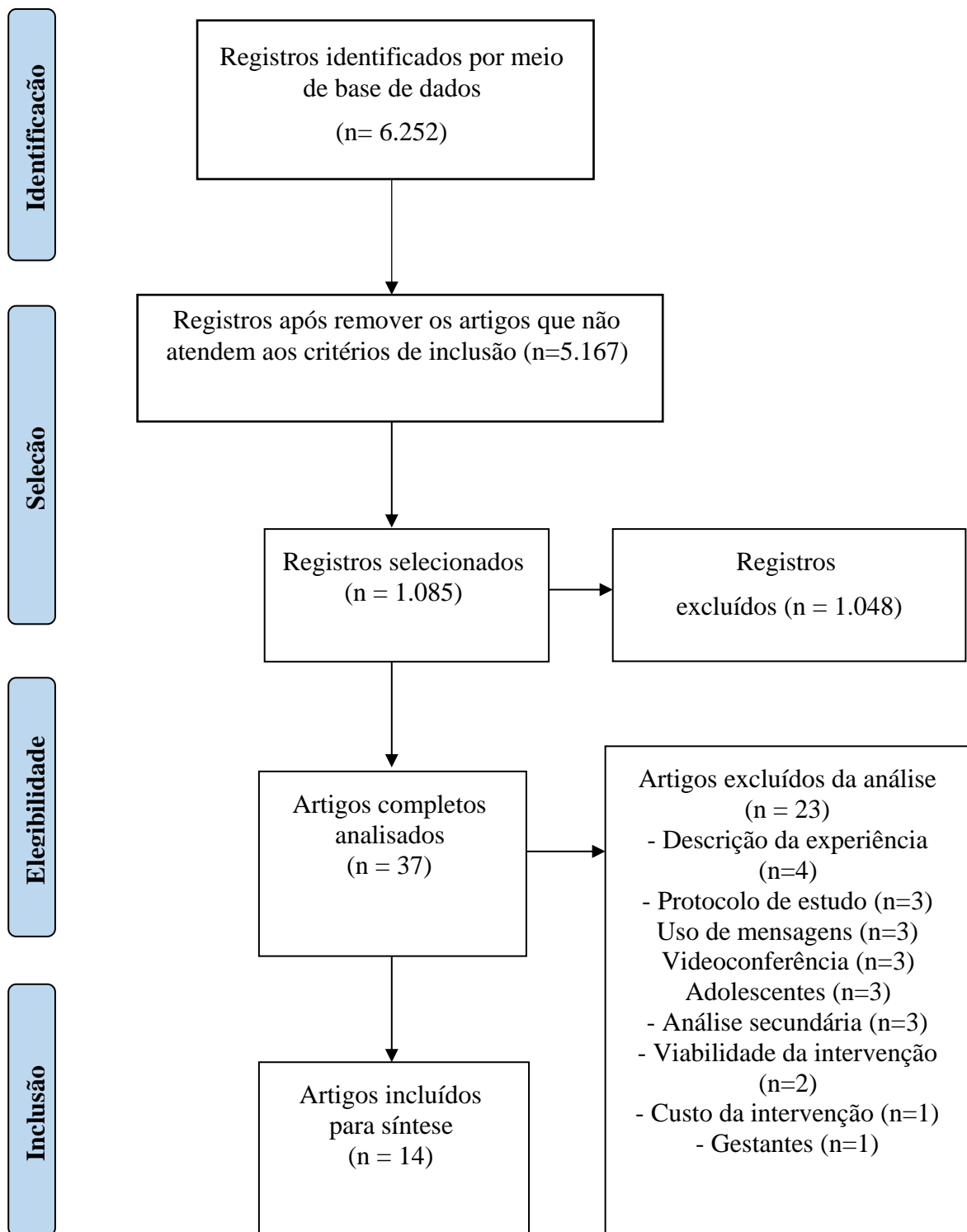
Fonte: Dados da autora.

A seleção dos artigos foi realizada por duas pesquisadoras, de forma independente. Os critérios de inclusão estabelecidos foram: ensaios clínicos que abordassem o uso de ligações telefônicas direcionada ao estilo de vida de PVHA, nos idiomas português, inglês ou espanhol, publicados no período de 2010 a 2018. Foram excluídos: teses, dissertações, artigos de revisão, relatos de caso ou experiência, cartas, editoriais, artigos repetidos em duas ou mais bases de dados e estudos com populações específicas (adolescentes, idosos e gestantes).

Foram encontrados 6.252 artigos na etapa de identificação, dos quais, 29 foram obtidos na LILACS, 333 na CINAHL, 561 na *Web of Science*, 3.767 na SCOPUS e 1.562 na MEDLINE. Na etapa de seleção, foram excluídos 5.167 artigos que não atenderam aos critérios de inclusão. Dos 1.085 que restaram, 1.048 foram excluídos por não responderem à pergunta de pesquisa, sendo considerados elegíveis 37 artigos. Após a análise na íntegra desses 37 estudos, 24 artigos foram excluídos por não se adequarem

aos critérios de inclusão estabelecidos. Ao final, compuseram a amostra da revisão sistemática 14 artigos (Figura 1).

Figura 1 – Fluxograma de seleção dos artigos da revisão sistemática, de acordo com a recomendação PRISMA. Fortaleza-CE, 2018



Fonte: Dados da autora.

Os dados dos estudos foram analisados com auxílio de instrumento construído pelos pesquisadores, que contemplava: título do estudo, autoria, periódico, ano de publicação, local do estudo (país), objetivo(s) da pesquisa, detalhamento metodológico, detalhamento amostral, principais resultados e conclusões encontradas.

O Quadro 2 descreve os estudos quanto ao autor, ano, país, amostra, tempo de seguimento, componente do estilo de vida e objetivos. Os estudos foram realizados nos Estados Unidos. O tamanho da amostra variou de $N = 10$ (MOORE *et al.*, 2015) até $N = 333$ (ROBBINS *et al.*, 2013). Em dois estudos, não houve grupos-controles (MOORE *et al.*, 2015; BROWNING *et al.*, 2016), sendo a comparação do(s) desfecho(s) realizada com os mesmos sujeitos antes e depois da intervenção. O tempo de seguimento variou de dois meses (COSIO *et al.*, 2010) a 40 meses (ROBBINS *et al.*, 2013), com predominância do acompanhamento durante 12 meses (GRITZ *et al.*, 2013; KONKLE-PARKE; AMICO; MCKINNEY, 2014; GROSS *et al.*, 2013; VIDRINE *et al.*, 2015; BROWNING *et al.*, 2016). O principal domínio do estilo de vida abordado nos ensaios clínicos foi o comportamento preventivo, especificamente: adesão aos antirretrovirais ($N=8$) (KALICHMAN *et al.*, 2011; KONKLE-PARKER *et al.*, 2012; GROSS *et al.*, 2013; ROBBINS *et al.*, 2013; KONKLE-PARKE; AMICO; MCKINNEY, 2014; MOORE *et al.*, 2015; PEDROSA *et al.*, 2017; TSENG *et al.*, 2017); tabagismo ($N=3$) (GRITZ *et al.*, 2013; VIDRINE *et al.*, 2015; BROWNING *et al.*, 2016; TSENG *et al.*, 2017); comportamentos sexuais de risco ($N=2$) (COSIO *et al.*, 2010; LOVEJOY *et al.*, 2011). Somente em um estudo se associou ao domínio controle de estresse (HECKMAN *et al.*, 2018).

Quadro 2 – Síntese dos artigos que integraram a amostra da revisão sistemática. Fortaleza-CE, 2018

Autores, ano, país	Amostra	Tempo de seguimento (meses)	Componente do estilo de vida	Objetivos
Cosio <i>et al.</i> , (2010) Estados Unidos	GI: 48 GC: 31	2	Comportamento Preventivo	Comparar duas intervenções curtas administradas por telefone, destinadas a reduzir comportamentos sexuais de risco continuados em pessoas rurais infectadas pelo HIV.
Kalichman <i>et al.</i> , (2011), Estados Unidos	GI: 21 GC: 19	4	Comportamento Preventivo	Examinar os efeitos de uma breve intervenção de adesão ao telefone celular desenvolvida para melhorar a adesão à medicação em PVHA.
Lovejoy <i>et al.</i> , (2011), Estados Unidos	GI 1:39 GI 2:38 GC:23	6	Comportamento Preventivo	Avaliar a eficácia de duas intervenções de entrevista motivacional entregues por telefone para reduzir comportamentos sexuais de risco em adultos com HIV com mais de 45 anos de idade.
Konkle-Parker <i>et al.</i> , (2012), Estados Unidos	GI:33 GC: 23	6	Comportamento Preventivo	Estabelecer a viabilidade de uma intervenção baseada no modelo de habilidades de informação-motivação-comportamental na população que vive com HIV e avaliar sua eficácia para melhorar a adesão à medicação.
Gritz <i>et al.</i> , (2013), Estados Unidos	GC: 236 GI: 238	12	Comportamento Preventivo	Planejar e testar a eficácia de uma intervenção de cessação do tabagismo para PVHA ao longo de 12 meses
Gross <i>et al.</i> , (2013), Estados Unidos	GC: 89 GI: 91	12	Comportamento Preventivo	Avaliar se o <i>Managed Problem Solving</i> (MAPS) resultou em melhor adesão à terapia para o HIV do que o tratamento usual.
Robbins <i>et al.</i> , (2013), Estados Unidos	GC: 167 GI: 166	40	Comportamento Preventivo	Comparar as chamadas telefônicas de adesão e apoio aos sintomas iniciadas pelo enfermeiro local para indivíduos soropositivos que iniciam a terapêutica antirretroviral com base no padrão de cuidados do local de estudo.

Quadro 2 – Síntese dos artigos que integraram a amostra da revisão sistemática. Fortaleza-CE, 2018 (continuação)

Autores, ano, país	Amostra	Tempo de seguimento (meses)	Componente do estilo de vida	Objetivos
Konkle-Parke; Amico; Mckinney, (2014), Estados Unidos	GC: 49 GI: 51	12	Comportamento Preventivo	Testar uma intervenção para melhorar a retenção e/ou adesão à medicação em uma clínica pública no extremo sul.
Moore <i>et al.</i> , (2015), Estados Unidos	N: 10	3	Comportamento Preventivo	Avaliar a viabilidade, aceitabilidade e eficácia inicial do <i>Centralized Off-site Adherence Enhancement (CARE)</i> em 10 pessoas em TARV com uso recente de substâncias.
Vidrine <i>et al.</i> , (2015), Estados Unidos	GC: 236 GI: 238	12	Comportamento Preventivo	Avaliar os mecanismos potenciais de uma intervenção de telefone celular para fumantes HIV-positivos.
Browning <i>et al.</i> , (2016), Estados Unidos	N: 247	12	Comportamento Preventivo	Examinar a responsividade do participante e a adesão ao tratamento da dependência do tabaco e suas influências na abstinência do tabaco entre pacientes com HIV.
Pedrosa <i>et al.</i> , (2017), Brasil	N;19	3	Comportamento Preventivo	Avaliar o impacto de uma intervenção telefônica na adesão à terapia antirretroviral em mulheres com vírus da imunodeficiência humana.
Tseng <i>et al.</i> , (2017), Estados Unidos	GC: 53 GI 1:54 GI 2: 52	3	Comportamento Preventivo e controle do estresse	Explorar a viabilidade de cada componente da intervenção para facilitar a adesão à vareniclina (Chantix®) e abstinência do fumo por 12 semanas entre os fumantes que vivem com o HIV.
Heckman <i>et al.</i> , (2018), Estados Unidos	GI: 84 GC:83	8	Controle do estresse	Avaliar os efeitos duradouros da psicoterapia interpessoal administrada por telefone em 4 e 8 meses de acompanhamento nesta coorte.

GI= Grupo intervenção; GC= Grupo controle. Fonte: Dados da autora.

Em relação às características do acompanhamento telefônico, houve média de nove ligações por estudo, sendo o mínimo duas ligações (COSIO *et al.*, 2010) e o máximo 25 (ROBBINS *et al.*, 2013). A maioria das ligações foi realizada semanalmente (COSIO *et al.*, 2010; LOVEJOY *et al.*, 2011; MOORE *et al.*, 2015; VIDRINE *et al.*, 2015; BROWNING *et al.*, 2016; HECKMAN *et al.*, 2018). As ligações telefônicas foram realizadas principalmente por profissionais da enfermagem (KONKLE-PARKER *et al.*, 2012; ROBBINS *et al.*, 2013; BROWNING *et al.*, 2016) (Quadro 3).

Em relação aos assuntos abordados nas ligações telefônicas, aqueles relativos ao comportamento preventivo adesão aos antirretrovirais foram: efeitos do HIV sobre o sistema imunológico, linfócitos T CD4+, carga viral; medicamentos antirretrovirais; benefícios e dificuldades enfrentadas em relação ao uso da TARV; lembretes para obtenção dos medicamentos; estratégias de adesão; estratégias para minimizar os efeitos colaterais dos antirretrovirais; *feedback* quanto aos exames laboratoriais; e terapia cognitivo-comportamental para promover a adesão (Quadro 3).

A respeito do componente tabagismo, as ligações telefônicas contemplaram os assuntos: cessação do tabagismo, seus benefícios e as formas de prevenção e enfrentamento de recaídas; sintomas de abstinência; gatilhos externos e internos; situações de alto risco para recaídas; adesão à vareniclina; efeitos colaterais da farmacoterapia de cessação do tabagismo (Quadro 3).

Quanto ao componente comportamento sexual, ao longo das ligações telefônicas, foram oferecidas informações sobre: comportamento sexual de risco e estratégias de entrevista motivacional para aumentar a motivação intrínseca à mudança; relacionamento sexual e prontidão para envolver-se em relações sexuais com preservativo. No que tange ao componente controle do estresse, foram abordados: sintomas depressivos, definição de transtornos depressivo e relações interpessoais (Quadro 3). Em todos os estudos, observou-se melhora em relação aos domínios de estilo de vida abordados nos ensaios clínicos.

Quadro 3 – Síntese das intervenções utilizando ligações telefônicas e respectivos resultados no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV. Fortaleza-CE, 2018

Autores/ano	Características das ligações	Responsáveis pelas ligações	Assunto abordado na ligação	Resultados
Cosio <i>et al.</i> , (2010)	2 ligações semanais	Médico	Comportamento sexual de risco e estratégias de entrevista motivacional para aumentar a motivação intrínseca à mudança.	GI apresentou maior aumento da motivação de redução de risco e maior aumento das quantidades de relações sexuais vaginais e orais protegidas por preservativos em comparação ao GC.
Kalichman <i>et al.</i> , (2011)	4 ligações quinzenais	Conselheiro	Efeitos do HIV sobre o sistema imunológico, linfócitos T CD4+, carga viral, benefícios e dificuldades enfrentadas em relação ao uso da TARV	O aconselhamento demonstrou melhora significativa na adesão em relação à condição controle. Após quatro meses, a adesão melhorou de 87% de comprimidos tomados para 94% (p <0,01).
Lovejoy <i>et al.</i> , (2011)	GI 1: uma única ligação; GI 2: quatro ligações com intervalos semanais	Psicólogas	Relacionamento sexual e prontidão para envolver-se em relações sexuais com preservativo	Os controles relataram aproximadamente três vezes mais episódios de sexo desprotegido no acompanhamento de três e seis meses.
Konkle-Parker <i>et al.</i> , (2012)	Seis chamadas telefônicas (aproximadamente 3, 4, 6, 10, 16, 24 semanas)	Profissional de enfermagem	Educação sobre o HIV, habilidades de comunicação e feedback continuado sobre resultados laboratoriais e respostas as avaliações do IMB	Melhorias foram observadas na maioria dos desfechos, com tamanhos de efeito pequenos a moderados, mas o estudo não teve o poder de mostrar significância estatística.
Gross <i>et al.</i> , (2013)	12 ligações em um intervalo de 12 meses.	Profissionais graduados	Lembretes para obtenção dos medicamentos e estratégias de adesão	Os participantes do GI foram 2,41 vezes (p = 0,049) mais propensos a demonstrar abstinência em comparação com o GC.
Gritz <i>et al.</i> , (2013)	11 ligações em um intervalo de 12 semanas	Conselheiros	Cessaçao do tabagismo, seus benefícios e as formas de prevenção de recaídas.	A probabilidade de estar em uma categoria de maior adesão foi de 1,78 (95% CI, 1,07-2,96) vezes maior para a MAPS do que o tratamento usual.
Robbins <i>et al.</i> , (2013)	Chamadas entre 1 e 3 dias após o início da TARV, nas semanas 1, 2, 3, 6, 10, 14, 18, 22 e 26, e depois a cada 8 semanas	Enfermeira	Estratégias lembrar de tomar os medicamentos e para minimizar os efeitos colaterais dos antirretrovirais.	Não houve diferença significativa na proporção de pacientes com média de adesão total de 95% (87,9% e 91,2%; P = 0,34) e média de adesão total autorreferida (97,9% e 98,4%) nos grupos intervenção e controle, respectivamente.

Quadro 3 – Síntese das intervenções utilizando ligações telefônicas e respectivos resultados no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV. Fortaleza-CE, 2018

Autores/ano	Características das ligações	Responsáveis pelas ligações	Assunto abordado na ligação	Resultados
Vidrine <i>et al.</i> , (2015)	11 ligações em um intervalo de 12 semanas	Não especificou	Cessação do tabagismo, seus benefícios e as formas de prevenção de recaídas.	A intervenção não demonstrou um efeito significativo sobre a adesão � medicação.
Konkle-Parke; Amico; Mckinney, (2014)	6 ligações em um intervalo de 6 meses	Coordenador de pesquisa	Medicamentos, consultas, questões de adesão ao tratamento e exames laboratoriais	A adesão � medicação melhorou de 81 para 93% (p = 0,04).
Moore <i>et al.</i> , (2015)	12 ligações semanais	Terapeutas	Foi baseado em manuais para usuários de álcool e cocaína e materiais de um <i>workshop</i> sobre como fornecer TCC para depressão e adesão.	As taxas de abstinência nos GC e GI foram de 4,7% (8 de 172) e 15,7% (28 de 178), respectivamente.
Browning <i>et al.</i> , (2016)	12 ligações semanais	Enfermeira	Aderência e efeitos colaterais da farmacoterapia, integração da cessação do tabagismo na vida diária, sintomatologia de abstinência, reforço de mensagens motivacionais sobre abandonar o uso do tabaco	A responsividade do participante foi significativamente associada a 80% ou mais de adesão com chamadas e com farmacoterapia (p <0,01). Alta responsividade dos participantes foi associada � abstinência em 12 semanas e 12 meses (OR = 8,16 e OR = 4,33, respectivamente).
Pedrosa <i>et al.</i> , (2017)	8 ligações em um intervalo de 3 meses	Não especificou	Facilidades, dificuldades e efeitos colaterais da tomada dos antirretrovirais	Houve melhora estatisticamente significativa no número de participantes com adesão adequada (p=0,004) e na média dos escores de adesão à terapia (p=0,000).
Tseng <i>et al.</i> , (2017)	5 ligações em um intervalo de 10 semanas (0, 2, 4, 6 e 10)	Assistentes sociais ou conselheiros de saúde mental	Sintomas de abstinência, gatilhos externos e internos, situações de alto risco, estratégias de enfrentamento e adesão � vareniclina.	Na semana 8, a taxa de abstinência entre os pacientes do GI 2 foi significativamente maior (17,7%) do que nos GI 1 (5,7%) e GC (3,7%) (p = 0,03). Na semana 12, o GI 2 apresentou maior taxa de abstinência (15,7%) em comparação aos GC (5,7%) e GI 1 (3,7%,) (p = 0,07).
Heckman <i>et al.</i> , (2018)	9 ligações semanais	Psicólogos	Sintomas depressivos, definição de transtornos depressivo e relações interpessoais.	Menos sintomas depressivos nos pacientes do GI em relação ao GC em 4 (d = 0,41; p <0,06) e 8 meses de acompanhamento (d = 0,47; p <0,05).

Fonte: Dados da autora.

Ao analisar as publicações sobre o efeito de intervenções baseadas no uso de ligações telefônicas no estilo de vida de PVHA, observou-se mudança no estilo de vida após o uso destas. Houve o predomínio de estudos relacionados ao uso dos antirretrovirais e ao comportamento sexual. Em relação às temáticas controle de estresse, alimentação e atividade física, identificaram-se poucos estudos, o que demonstra a relevância e necessidade de se abordar essa temática nesta tese.

3 OBJETIVOS

3.1 Objetivo Geral

- Avaliar a efetividade do acompanhamento telefônico no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV.

3.2 Objetivos Específicos

- Construir e validar um roteiro para acompanhamento telefônico do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV.

- Caracterizar os participantes do estudo segundo variáveis sociodemográficas, hábitos de saúde e estilo de vida.

- Comparar os componentes do estilo de vida no GI e no GC, antes e após a realização do acompanhamento telefônico.

- Avaliar a satisfação das pessoas vivendo com HIV em relação ao acompanhamento telefônico.

4 METODOLOGIA

4.1 Tipo de estudo

Trata-se de estudo multimétodo, constituído por pesquisa metodológica e estudo do tipo quase-experimental. A pesquisa metodológica consistiu na construção e validação de um roteiro para acompanhamento telefônico. Na etapa quase-experimental, foi realizada intervenção direcionada ao estilo de vida das PVHA.

Os estudos metodológicos versam sobre a construção e validação de materiais/instrumentos (HULLEY *et al.*, 2015). Por sua vez, o estudo quase-experimental envolve a manipulação de uma variável independente, no entanto, esse tipo de estudo não possui as características de randomização. Portanto, esse delineamento é idêntico ao experimental anterior-posterior, exceto porque os sujeitos não são designados aleatoriamente aos grupos (POLIT; BECK, 2011). Os sujeitos do GI foram admitidos em uma unidade e os sujeitos do GC em outra, preferiu-se essa abordagem à randomização nas unidades, porque o compartilhamento de informações entre os participantes de uma mesma unidade poderia ter contaminado o efeito da intervenção.

4.2 Local do estudo

O estudo foi realizado no Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC), da Universidade Federal do Ceará (UFC), e no Serviço de Atenção Especializada em HIV, do Centro de Saúde da Família Carlos Ribeiro. Os dois locais foram escolhidos para realização da pesquisa por disporem de estrutura física para realização da coleta de dados em ambiente privativo. Ademais, os dois serviços de saúde oferecem consultas médicas e de enfermagem, orientações sobre os direitos sociais com a assistente social, atendimento farmacêutico e assistência psicológica.

4.3 População e amostra

A população do estudo foi composta por PVHA cadastradas para recebimento da TARV na farmácia ambulatorial do HUWC. Para realização do cálculo da amostra necessária, utilizou-se a fórmula proposta por para comparação de dois grupos (HULLEY *et al.*, 2015), fixando-se um nível de confiança de 5% e um poder do teste de 80%. Utilizou-se a proporção de pessoas com estilo de vida satisfatório de 63,3% (EIDAM *et al.*, 2006).

$$n = \frac{[z_{\beta}\sqrt{P_1(1-P_1) + P_2(1-P_2)} + z_{\alpha}\sqrt{P_m(1-P_m)}]^2}{(P_1-P_2)^2}$$

Considerou-se “P1” a melhora esperada no grupo que receberia a intervenção (83,3%), “P2” a melhora no GC (63,3%), $P_m = (P_1+P_2) / 2$, $z_{\beta}=0,84$ e $z_{\alpha}=1,96$. Assim, chegou-se ao número de 76 pacientes em cada grupo, totalizando 152 pacientes. Ao considerar as possíveis perdas ao longo do acompanhamento, acrescentou-se percentual de perda de 20% à amostra, perfazendo amostra final de 182 participantes, totalizando 91 participantes por grupo.

As PVHA que compuseram a amostra foram alocadas em dois grupos:

- Grupo Controle (GC): atendimento de rotina fornecido pela equipe multidisciplinar, conforme protocolo da instituição, que consiste em consultas médicas e de enfermagem, orientações sobre os direitos sociais com a assistente social, atendimento farmacêutico e assistência psicológica (n=93).
- Grupo Intervenção (GI): além do atendimento de rotina fornecido pela equipe multidisciplinar, receberam um acompanhamento telefônico direcionado ao estilo de vida (n=98).

4.4 Critérios de elegibilidade

Os critérios de inclusão, exclusão e descontinuidade foram escolhidos para homogeneizar as informações.

- **Critérios de inclusão:** pessoas com sorologia reagente para HIV, com idades entre 18 e 60 anos, em uso de TARV há mais um mês e que possuíssem telefone

celular disponível para contato com a pesquisadora.

- **Critérios de exclusão:** pacientes com déficit auditivo que impedisse o recebimento das intervenções por telefone, com data programada para mudar de serviço e/ou com procedimento cirúrgico agendado.

- **Critérios de descontinuidade:** chamadas telefônicas incompletas após cinco tentativas em dias e horários distintos, independente do motivo da chamada não ter sido efetivada. Este critério foi explicado aos participantes do estudo na primeira ligação.

4.5 Construção e validação do roteiro para acompanhamento telefônico do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV

A validação do “Roteiro para acompanhamento telefônico do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV” (APÊNDICE A) ocorreu entre julho e agosto de 2016. O roteiro foi dividido por temáticas: apresentação do acompanhamento telefônico, adesão à TARV; hábitos alimentares; exercício físico; relacionamento social; autoestima; ansiedade e depressão; prática de comportamento preventivo, sexualidade e finalização

Duas enfermeiras com experiência no atendimento às PVHA construíram o roteiro fundamentado em manuais do Ministério da Saúde, específicos para PVHA, a saber: Protocolo clínico e diretrizes terapêuticas para manejo da infecção pelo HIV em adultos (BRASIL, 2015); Atenção em saúde mental nos serviços especializados em DST/aids (BRASIL, 2012a); Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e aids (BRASIL, 2012b); Guia de cuidados aos pacientes em uso de terapia antirretroviral (BRITO, 2012); Guia para o Cuidador Domiciliar de Pessoas que Vivem com HIV/Aids (BRASIL, 2010); Cartilha de alimentação e nutrição para pessoas que vivem com HIV e Aids (BRASIL, 2006).

A escolha do Comitê de Juízes aconteceu por conveniência a partir da Plataforma *Lattes*, do Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq). Os critérios de inclusão adotados foram: possuir título de mestre ou doutor na área da saúde; ter trabalho publicado sobre os cuidados às PVHA; participar de grupo/projetos de pesquisa sobre a temática; ser docente em cursos da área da saúde sobre a assistência às PVHA; e ter experiência profissional em hospitais ou ambulatórios de referência em HIV/aids.

O convite via correio eletrônico a cada profissional continha a apresentação do estudo, o roteiro para acompanhamento telefônico e a solicitação de julgamento do

conteúdo do roteiro quanto à clareza e relevância de cada temática da ligação telefônica. Foi fornecido prazo de 15 dias para devolução do material preenchido.

Após avaliação dos juízes, foram avaliados a clareza e o Índice de Validade de Conteúdo (IVC), calculado a partir do uso de três equações matemáticas (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011):

- *Item-level Content Validity Index (I-CVI)*: refere-se à proporção dos juízes que manifestaram concordância em relação a cada item.
- *Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method (S-CVI/AVE)*: relaciona-se à cada juiz, consistindo na proporção de itens que cada juiz concordou.
- *Scale-level Content Validity Index (S-CVI)*: consiste na média do S-CVI/AVE.

Abaixo de cada questão, havia campo destinado às considerações e observações dos juízes a respeito da clareza e relevância do assunto proposto, caso fosse identificada necessidade de mudança, aprimoramento ou exclusão da temática.

4.6 Desenho do estudo quase-experimental

O estudo quase-experimental foi dividido em dois momentos: 1) recrutamento (T_1), considerado como linha de base e 2) avaliação dos desfechos (T_2). No intervalo de tempo entre os dois momentos, o GI recebeu a intervenção e o GC, o atendimento de rotina do serviço.

4.6.1 Primeiro momento: Linha de Base (T_1)

As PVHA elegíveis foram convidadas a participar do estudo quando compareceram aos serviços de saúde para receberem os antirretrovirais ou a consulta médica. A distribuição dos antirretrovirais acontece das 7h às 19h, de segunda a sexta-feira. O recrutamento ocorreu de agosto a dezembro de 2016.

A enfermeira responsável pelas ligações aplicou o Formulário de caracterização sociodemográfica e de hábitos de vida de pessoas com HIV/aids (ANEXO A) e o Instrumento de avaliação do Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI) (ANEXO B). A aplicações dos instrumentos serviram como linha de base, como também proporcionaram a aproximação e o fortalecimento de vínculo entre a enfermeira e as

PVHA. Ainda nessa ocasião, a pesquisadora entregou para o GC e GI um “Folheto educativo com dicas de saúde para pessoas vivendo com HIV “(APÊNDICE B), elaborado por duas enfermeiras com experiência no atendimento à PVHA.

4.6.2 Segundo momento: avaliação dos desfechos (T2)

Esta etapa foi realizada no período de janeiro de 2017 a julho de 2017. Neste momento, aplicou-se novamente os instrumentos de coleta de dados utilizados para avaliação dos desfechos. Para as PVHA do GI, foi acrescida a Escala de Satisfação para Manejo da Doença Automatizado por Telefone (ANEXO C) com a finalidade de avaliar a satisfação dos participantes em relação ao acompanhamento telefônico. Estabeleceu-se um período de até três meses após o final do tempo de seguimento, para que os desfechos pudessem ser avaliados, as PVHA que não compareceram ao serviço nesse período, não tiveram os desfechos avaliados

Destaca-se que esta segunda avaliação foi realizada presencial nos locais de coletas de dados por acadêmicos de enfermagem integrantes do Neaids, vinculado à UFC, os quais foram treinados previamente quanto ao uso dos instrumentos, com a finalidade de evitar viés de resposta. Ao término da aplicação dos instrumentos de coleta de dados, as PVHA foram informadas sobre o encerramento do estudo, sendo disponibilizado tempo para o esclarecimento de possíveis dúvidas.

4.6.3 Intervenção

Os participantes do GI foram submetidos a um acompanhamento telefônico direcionado ao estilo de vida. As ligações iniciaram-se 30 dias após o recrutamento do primeiro paciente do estudo e foram finalizadas 18 semanas após o recrutamento do último participante do estudo, ocorrendo de setembro de 2016 a abril de 2017. As PVHA recebiam ligações a cada 15 dias, totalizando dez ligações para cada participante do estudo (Quadro 4). As ligações telefônicas eram realizadas em dias úteis, de segunda-feira à sexta-feira, em dias e horários previamente agendados com os pacientes, nos turnos da manhã, tarde e noite (8h00min às 22h00min).

As ligações foram realizadas por uma enfermeira com experiência na coordenação de grupo de apoio às PVHA. Para diminuir os riscos de abordagens diferenciadas entre os participantes, a mesma enfermeira realizou todas as chamadas do

acompanhamento telefônico. Em todas as ligações, utilizou-se o “Roteiro para acompanhamento telefônico do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV” (APÊNDICE A).

Os assuntos abordados durante as ligações foram projetados para tratar de questões relativas ao estilo de vida de PVHA, tendo como referência os cinco componentes do estilo de vida. Para cada ligação, havia uma temática principal a ser abordada (Quadro 4).

Quadro 4 – Cronograma do acompanhamento telefônico para pessoas vivendo com HIV. Fortaleza-CE, 2018

Números de ligações	Período das intervenções (semanas)	Temáticas principais da ligação	Componentes do estilo de vida
1	0	Apresentação do acompanhamento telefônico	-
2	2	Adesão à TARV	Comportamento preventivo
3	4	Hábitos alimentares	Nutrição
4	6	Exercício físico	Atividade física
5	8	Relacionamento Social	Relacionamento social
6	10	Autoestima	Controle do estresse
7	12	Ansiedade e depressão	Controle do estresse
8	14	Comportamento preventivo	Comportamento preventivo
9	16	Sexualidade	Comportamento preventivo
10	18	Finalização do acompanhamento	-

Fonte: Dados da autora.

No início de cada ligação, a enfermeira certificava-se que realmente estava falando com o paciente, questionando a data de nascimento. Logo após, era conferida a disponibilidade do participante em atender à ligação. Caso o paciente não pudesse atender, era agendada uma nova data para o contato. Com a finalidade de garantir o sigilo, em nenhum momento, deixaram-se mensagens na secretária eletrônica ou *voicemail*.

No primeiro contato telefônico, o paciente foi lembrado quanto aos objetivos e à metodologia do estudo, e a pesquisadora utilizou técnicas comunicativas na tentativa de estabelecer vínculo com o participante, adquirindo confiança e fidelização deste para os próximos contatos. Nas ligações subsequentes, inicialmente, a pesquisadora questionava o paciente quanto ao bem-estar atual e às principais queixas (atuais e desde

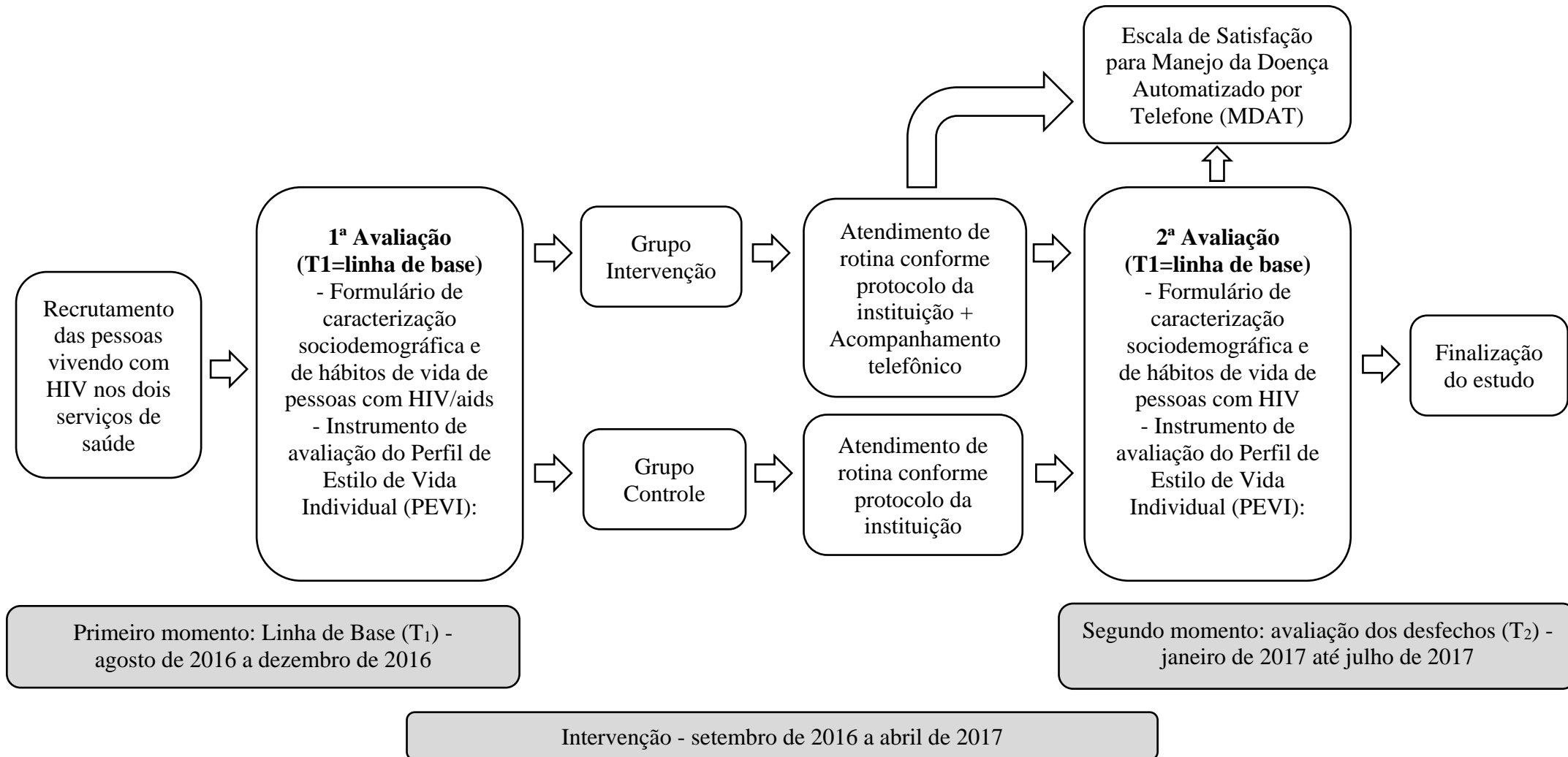
o último contato), procurando, desta forma, reforçar o vínculo estabelecido no primeiro contato. Após conversa inicial, a pesquisadora fornecia as orientações programadas, conforme cronograma, utilizando linguagem clara e acessível para o público pesquisado.

Utilizaram-se estratégias de comunicação terapêutica (SILVA, 2011), como saber escutar, falar quando necessário, dar abertura para realização de perguntas, mostrar respeito e interesse e dispensar tempo suficiente para conversa, na tentativa de fixar a atenção do paciente para conversa e posterior seguimento do plano proposto.

A pesquisadora registrou no *Microsoft Office Excel* as considerações sobre as ligações, incluindo: data, horário e duração da ligação, motivo de a ligação não ter sido efetivada, as falas dos participantes e orientações de enfermagem fornecidas às PVHA. Durante os contatos, as PVHA poderiam esclarecer dúvidas relacionadas a outros assuntos. Nos momentos em que a pesquisadora não soube fornecer a resposta de imediato, a dúvida foi registrada e elucidada no contato posterior.

Durante o período da intervenção, foi disponibilizado aos participantes número de telefone para que pudessem ligar para a pesquisadora em horário predefinido (8h00min às 18h00min), caso apresentassem dúvidas ou necessitassem de ajuda. Quando isso aconteceu, a pesquisadora anotou o motivo da ligação e as informações fornecidas pela pesquisadora ao participante. Para análise dos dados do GI, consideraram-se os participantes que atenderam mais de 70% das chamadas telefônicas (ROBBINS *et al.*, 2013). A Figura 2 apresenta a sistematização da coleta de dados de acordo com os momentos do ensaio clínico.

Figura 2 - Sistematização da coleta de dados de acordo com os momentos do ensaio clínico. Fortaleza-CE, 2018



4.7. Instrumentos de coleta de dados

4.7.1 Formulário de caracterização sociodemográfica e de hábitos de vida de pessoas com HIV

O formulário foi elaborado por Cunha e Galvão (2010; 2011) (ANEXO A). As variáveis investigadas foram:

- **Idade:** autodeclarada, expressa em anos completos;
- **Sexo:** autodeclarado, categorizado em masculino e feminino;
- **Escolaridade:** autodeclarada, categorizada em anos de estudo;
- **Situação ocupacional:** autodeclarada, categorizada em ativa e inativa;
- **Estado civil:** autodeclarado, categorizado em casado/vive junto, divorciado/viúvo e solteiro divorciado;
- **Religião:** autodeclarada, categorizada em católica, evangélica e espírita/outras
- **Renda familiar:** autodeclarada, considerado o somatório do valor bruto dos vencimentos de cada integrante da família do participante em reais;
- **Prática do exercício físico:** autodeclarada, foi considerada a prática se o participante tivesse realizado pelo menos 15 minutos;
- **Uso de álcool:** autodeclarada, foi considerado etilista a ingestão de pelo menos 30 gramas de álcool nos últimos 30 dias;
- **Uso de tabaco:** autodeclarada, foi considerado tabagista se o participante fumasse pelo menos um cigarro nos últimos 30 dias;
- **Uso de drogas ilícitas:** autodeclarada, foi considerada usuário se o participante tivesse feito uso de algum tipo de droga ilícita nos últimos 30 dias.

4.7.2 Instrumento de avaliação do Perfil de Estilo de Vida Individual (PEVI)

Este instrumento foi inicialmente construído por Nahas, Barros, Francalacci (2000), validado por Both *et al.* (2008) e, posteriormente, adaptado para PVHA, por Eidam *et al.* (2006). É composto por 15 perguntas, divididas em cinco componentes: Hábitos alimentares, Atividade física, Controle de estresse, Relacionamento social e Comportamento preventivo.

Cada componente contém três perguntas, com quatro opções de respostas, em Escala *Likert*, que variam de zero a três. A numeração zero significa não faz parte do seu estilo

de vida; um, às vezes faz parte; dois, quase sempre faz parte; e três, significa sempre faz parte do seu estilo de vida. Para análise de cada componente do estilo de vida, foram somados os valores dos itens de cada questão, sendo o mínimo zero e o máximo 9, e os componentes do estilo de vida foram classificados em adequados (≥ 6) e inadequados (< 5) (EIDAM *et al.*, 2006) (ANEXO B).

4.7.3 Escala de Satisfação para Manejo da Doença Automatizado por Telefone (MDAT)

Esta Escala constitui-se de 11 itens, divididos em três domínios de 11 itens que abrangem três domínios: Facilidade de completar a chamada (4 itens), Utilidade percebida da chamada (3 itens) e Intromissão da chamada (4 itens). Para cada item, são oferecidas cinco alternativas de resposta, a graduação dos itens do instrumento ocorre por escala de variação do tipo *Likert*: sempre (1); quase sempre (2); às vezes (3); raramente (4); nunca (5) (BALAMINUT *et al.*, 2012) (ANEXO C).

A intervenção foi considerada aceitável se $\geq 80\%$ dos participantes do GI responderam que estavam satisfeitos com a intervenção (TSENG *et al.*, 2017). Ao final do instrumento, foram incluídas duas perguntas discursivas, quanto ao intervalo entre as ligações e sugestões sobre o acompanhamento telefônico.

4.8 Análise de dados

Os dados obtidos foram digitados e organizados no programa *Microsoft Office Excel*. As análises estatísticas dos dados foram realizadas no programa *Statistical Package Social Science - IBM SPSS*, versão 24.0.

A análise da construção e validação do roteiro para acompanhamento telefônico do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV foi realizada a partir do cálculo dos valores relativos aos três tipos de Índice de Validação de Conteúdo (IVC) (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011):

- *Item-level Content Validity Index (I-CVI)*: foi calculado a partir da divisão entre a quantidade de juízes que concordaram em relação a cada um dos itens e o número total de juízes.

- *Scale-level Content Validity Index, Average Calculation Method (S-CVI/AVE)*: o cálculo ocorreu por meio da divisão entre o número de itens que obtiveram concordância na avaliação de cada juiz e o total de itens avaliados pelos juízes.

- *Scale-level Content Validity Index (S-CVI)*: foi calculado por meio da divisão entre a soma de todos os S-CVI/AVE e o número total de juízes.

Para verificação do nível de concordância dos juízes em relação à adequação das temáticas avaliadas (IVC), utilizou-se como indicativo média mínima de 0,90 (POLIT; BECK; HUNGLER, 2011). Estabeleceu-se como ponto de corte para avaliação da clareza dos itens por parte dos juízes o percentual de 75% (ALEXANDRE; COLUCI, 2011).

A análise do estudo quase-experimental foi realizada a partir da descrição dos dados, com cálculo das frequências absoluta e relativa. Utilizou-se o teste de Fisher para avaliar a homogeneidade do GI e GC. Para investigar os efeitos do acompanhamento telefônico nos componentes do estilo de vida, foi utilizada a técnica Modelos Lineares Generalizados (MLG). Adotou-se nível de significância de 0,05 (5%), sendo considerado estatisticamente significativo p-valor < 0,05.

4.9 Aspectos éticos e legais

O estudo foi aprovado pelo Comitê de Ética em Pesquisa da UFC, conforme parecer nº 1.482.508 (CAAE 36462714.7.0000.5504) (ANEXO D). O projeto de pesquisa também foi enviado à Secretaria Municipal de Saúde através da Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde (COGETS) e obteve autorização quanto à realização do estudo no Centro de Saúde da Família Carlos Ribeiro, processo nº P218198/2016 (ANEXO E).

Os aspectos éticos foram respeitados, conforme Resolução 466/2012 regulamentada pelo Conselho Nacional de Saúde (BRASIL, 2012c). Os participantes da pesquisa foram esclarecidos acerca da proposta do estudo e assinaram o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (APÊNDICE C). Foram assegurados aos participantes o direito de desvinculação da pesquisa no momento em que desejassem, assim como o anonimato e a manutenção do sigilo quanto às informações coletadas.

Enfatiza-se que este estudo é parte de pesquisa mais ampla, intitulada “Efeitos de um programa de acompanhamento telefônico para promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids”, financiada pelo Conselho Nacional de Desenvolvimento Científico e Tecnológico (CNPq), sob processo nº 405416/2016-4.

5 RESULTADOS

5.1 Construção e validação do roteiro para acompanhamento telefônico do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV

O roteiro foi validado por 11 enfermeiros com *expertise* na temática. A maioria dos itens avaliados apresentou clareza adequada: início de cada ligação (90,0 %), apresentação do acompanhamento telefônico (100,0%), adesão (90,9%), exercício físico (81,8%), hábitos alimentares (81,8%), comportamento preventivo (100,0%), encerramento (100,0%) e finalização (80,0%). Os itens apoio social (72,7%), autoestima (50,0%), ansiedade e depressão (72,7%) e sexualidade (72,7%) foram reformulados de acordo com as recomendações dos juízes. Todos os itens do roteiro apresentaram IVC relativo ao grau de relevância acima de 0,90 (I-ICVI= 1; S-CVI/AVE = 1; S-CVI= 1) (Tabela 1).

Tabela 1 - Concordância dos juízes acerca da clareza e Índice de validade de Conteúdo quanto aos itens do roteiro para acompanhamento telefônico. Fortaleza-CE, 2018

Itens do roteiro para acompanhamento telefônico	Clareza(%)	I-ICVI
Início de cada ligação	90,0	1
Apresentação do acompanhamento telefônico	100,0	1
Adesão	90,9	1
Exercício físico	81,8	1
Hábitos alimentares	81,8	1
Apoio social	72,7	1
Auto estima	50,0	1
Ansiedade e depressão	72,7	1
Comportamento preventivo	100,0	1
Sexualidade	72,7	1
Encerramento	100,0	1
Finalização	80,0	1

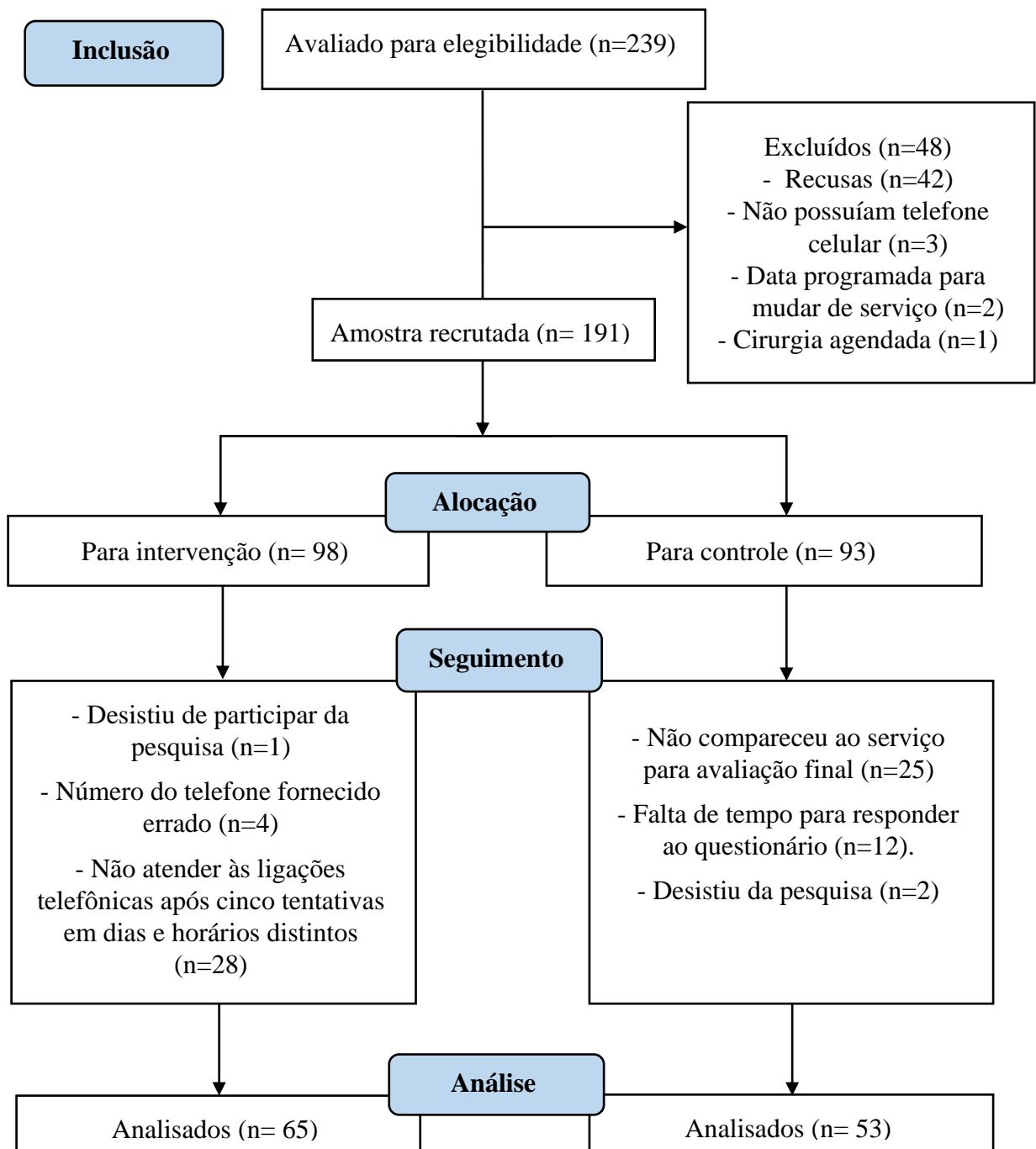
Fonte: Dados da autora.

5.2 Fluxo de seguimentos dos participantes do estudo

Dos 239 pacientes triados, 45 recusaram responder às perguntas, os motivos de recusa foram: falta de tempo para responder às perguntas (n=25), ausência de interesse em se envolver em pesquisa (n=10) e não querer falar sobre o HIV (n=10). Ademais, dois não possuíam celular disponível para o contato com a enfermeira, dois tinham data programada para mudar de serviço e um tinha uma cirurgia agendada. O número de participantes que iniciaram

o estudo foi 191, dos quais 98 foram alocados no GI e 93, no GC. A perda de seguimento para o GI foi de 33,7 % e 43,1 % para o GC. Para o GC, 25 não compareceram ao serviço para avaliação final (n=25), 12 informaram não ter tempo para responder ao questionário (n=12) e dois desistiram da pesquisa. Para o GI, quatro participantes forneceram o número do telefone errado, um desistiu de participar da pesquisa por não se sentir bem em falar sobre o diagnóstico do HIV e 28 não atenderam às ligações telefônicas após cinco tentativas em dias e horários distintas. Os motivos para as chamadas incompletas foram: chamadas não atendidas (n=13), indisponibilidade para falar no momento (n=5) e número indisponível para receber chamada (n=10). Ao final, foram analisados 65 participantes do GI e 53 do GC (Figura 3).

Figura 3 – Fluxograma de seguimento dos participantes. Fortaleza-CE, 2018



5.3 Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos controle e intervenção

As características sociodemográficas dos participantes dos GC e GI estão apresentadas na Tabela 2. A análise da homogeneidade dos grupos demonstrou que o GC e o GI eram comparáveis em relação à maior parte das variáveis sociodemográficas e clínicas. Observou-se diferença estatisticamente significativa apenas entre o sexo ($p=0,042$) e a idade dos participantes ($p=0,050$) na linha de base (T_1). Em ambos os grupos, houve predomínio de participantes do sexo masculino (90,8% no GC e 75,5% no GI) e das idades entre 30 e 49 anos, com percentual de 56,9%, no GC, e 66,0%, no GI.

De forma geral, foi identificada prevalência de participantes do sexo masculino (83,9%), com idades entre 30 e 49 anos (61,0%), escolaridade ≤ 12 anos de estudo (65,3%), situação ocupacional ativa (62,7%), solteiros (55,9%), religião católica (67,6%), com orientação sexual homossexual/bissexual (61,9%), renda familiar > 2 salários mínimos e individual ≤ 2 salários mínimos (73,7%).

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos controle e intervenção. Fortaleza-CE, 2018

Variáveis	Controle (N=65)	Intervenção (N=53)	Total	p-valor
Sexo				
Feminino	6 (9,2%)	13 (24,5%)	19 (16,1%)	0,042
Masculino	59 (90,8%)	40 (75,5%)	99 (83,9%)	
Idade (em anos)				
≤ 29	23 (35,4%)	9 (17,0%)	32 (27,1%)	0,050
30-49	37 (56,9%)	35 (66,0%)	72 (61,0%)	
≥ 50	5 (7,7%)	9 (17,0%)	14 (11,9%)	
Escolaridade				
≤ 12	42 (64,6%)	35 (66,0%)	77 (65,3%)	1,000
>12	23 (35,4%)	18 (34,0%)	41 (34,7%)	
Situação ocupacional				
Ativa	37 (56,9%)	37 (69,8%)	74 (62,7%)	0,182
Inativa	28 (43,1%)	16 (30,2%)	44 (37,3%)	
Estado civil				
Casado/Vive junto	24 (36,9%)	15 (28,3%)	39 (33,1%)	0,337
Divorciado/Viúvo	5 (7,7%)	8 (15,1%)	13 (11,0%)	
Solteiro	36 (55,4%)	30 (56,6%)	66 (55,9%)	
Professa religião				
Não	9 (13,8%)	7 (13,2%)	16 (13,6%)	1,000
Sim	56 (86,2%)	46 (86,8%)	102 (86,4%)	

Continua

Tabela 2 – Caracterização sociodemográfica dos participantes dos grupos controle e intervenção. Fortaleza-CE, 2018

Variáveis	Controle (N=65)	Intervenção (N=53)	Total	p-valor
Religião (n=102)				
Católica	38 (67,9%)	31 (67,4%)	69 (67,6%)	0,171
Evangélica	14 (25,0%)	15 (32,6%)	29 (28,4%)	
Espírita/Outras	4 (7,1%)	0 (0,0%)	4 (3,9%)	
Orientação sexual				
Heterossexual	20 (30,8%)	25 (47,2%)	45 (38,1%)	0,087
Homossexual/Bissexual	45 (69,2%)	28 (52,8%)	73 (61,9%)	
Renda familiar (em salários mínimos)				
≤ 2	28 (45,2%)	24 (45,3%)	52 (45,2%)	1,000
> 2	34 (54,8%)	29 (54,7%)	63 (54,8%)	
Renda individual (em salários mínimos)				
≤ 2	47 (72,3%)	40 (75,5%)	87 (73,7%)	0,834
>2	18 (27,7%)	13 (24,5%)	31 (26,3%)	

Fonte: Dados da autora.

5.4 Caracterização dos hábitos de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção

Quanto aos hábitos de vida, a análise estatística demonstrou que os grupos eram homogêneos em relação a todas as características avaliadas, com exceção do uso de preservativos ($p=0,002$), sendo o percentual de uso do preservativo de 81,1% no GC e 100,0% no GI (Tabela 3).

Acerca da caracterização geral dos hábitos de vida, a maioria dos participantes não praticava exercício físico (63,6%), não consumiam bebidas alcoólicas (53,4%), não faziam uso de tabaco (83,9%) ou de drogas ilícitas (90,7%). A frequência predominante de prática de exercício físico foi diariamente (60,5%), a de consumo de bebida alcoólica foi semanalmente (43,6%) e a de uso de tabaco, diariamente (63,2%). Com relação ao comportamento sexual, 83,1% afirmaram ter parceiro fixo e 89,8% informaram utilizar o preservativo. Quando questionados quanto à frequência de uso do preservativo, 88,6% afirmaram utilizá-lo sempre (Tabela 3).

Tabela 3 – Caracterização dos hábitos de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção. Fortaleza-CE, 2018

Variáveis	Controle	Intervenção	Total	p-valor
	(N=65)	(N=53)		
Exercício físico				
Não	44 (67,7%)	31 (58,5%)	75 (63,6%)	0,340
Sim	21 (32,3%)	22 (41,5%)	43 (36,4%)	
Frequência do exercício físico (n=21)				
Diariamente	14 (66,7%)	12 (54,5%)	26 (60,5%)	0,537
Duas vezes ou mais na semana	7 (33,3%)	10 (45,5%)	17 (39,5%)	
Bebida alcoólica				
Não	31 (47,7%)	32 (60,4%)	63 (53,4%)	0,197
Sim	34 (52,3%)	21 (39,6%)	55 (46,6%)	
Frequência da bebida alcoólica (n=34)				
Esporadicamente	13 (38,2%)	6 (28,6%)	19 (34,5%)	0,769
Mensalmente	7 (20,6%)	5 (23,8%)	12 (21,8%)	
Semanalmente	14 (41,2%)	10 (47,6%)	24 (43,6%)	
Uso de tabaco				
Não	54 (83,1%)	45 (84,9%)	99 (83,9%)	1,000
Sim	11 (16,9%)	8 (15,1%)	19 (16,1%)	
Frequência do uso de tabaco (n=11)				
Diariamente	7 (63,6%)	5 (62,5%)	12 (63,2%)	1,000
Semanalmente	4 (36,4%)	3 (37,5%)	7 (36,8%)	
Drogas ilícitas				
Não	59 (90,8%)	48 (90,6%)	107 (90,7%)	1,000
Sim	6 (9,2%)	5 (9,4%)	11 (9,3%)	
Tem parceiro				
Não	12 (18,5%)	8 (15,1%)	20 (16,9%)	0,806
Sim	53 (81,5%)	45 (84,9%)	98 (83,1%)	
Usa o preservativo				
Não	10 (18,9%)	0,0 (0,0%)	10 (10,2%)	0,002
Sim	43 (81,1%)	45 (100,0%)	88 (89,8%)	
Frequência do uso do preservativo (n=43)				
Às vezes	4 (9,3%)	6 (13,3%)	10 (11,4%)	0,739
Sempre	39 (90,7%)	39 (86,7%)	78 (88,6%)	

Fonte: Dados da autora.

5.5 Caracterização dos componentes do estilo de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção

A Tabela 4 apresenta a caracterização dos dois grupos quanto aos componentes do estilo de vida. Foi identificado que os grupos eram homogêneos em relação a todos os componentes do estilo de vida. De maneira geral, prevaleceu a classificação satisfatória dos seguintes componente do estilo de vida: hábitos alimentares (50,8%); comportamento preventivo

(85,6%); relacionamentos (75,4%); e controle do estresse (85,6%). Somente o componente atividade física apresentou classificação insatisfatória (72,9%), na maior parte da amostra.

Tabela 4 – Caracterização dos componentes do estilo de vida dos participantes dos grupos controle e intervenção. Fortaleza-CE, 2018

Componentes do estilo de vida	Controle (N=65)	Intervenção (N=53)	Total	p-valor
Hábitos alimentares				
insatisfatório	37 (56,9%)	21 (39,6%),	58 (49,2%)	0,067
satisfatório	28 (43,1%)	32 (60,4%)	60 (50,8%)	
Atividade física				
insatisfatório	49 (75,4%)	37 (69,8%)	86 (72,9%)	0,537
satisfatório	16 (24,6%)	16 (30,2%)	32 (27,1%)	
Comportamento preventivo				
insatisfatório	12 (18,5%)	5 (9,4%)	17 (14,4%)	0,195
satisfatório	53 (81,5%)	48 (90,6%)	101 (85,6%)	
Relacionamentos				
insatisfatório	15 (23,1%)	14 (26,4%)	29 (24,6%)	0,831
satisfatório	50 (76,9%)	39 (73,6%)	89 (75,4%)	
Controle do estresse				
insatisfatório	11 (16,9%)	6 (11,3%)	17 (14,4%)	0,441
satisfatório	54 (83,1%)	47 (88,7%)	101 (85,6%)	

Fonte: Dados da autora.

5.6 Efetividade do acompanhamento telefônico no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV

A Tabela 5 apresenta os resultados relacionados à efetividade do acompanhamento telefônico sobre os componentes do estilo de vida. Para análise estatística, foram considerados os fatores “tempo”, “grupo”, bem como interação entre eles. Conforme observado, não houve efeito cruzado entre o grupo e o tempo sobre nenhum componente do estilo de vida, isto é, a intervenção não implicou mudança significativa em relação aos hábitos alimentares, atividade física, comportamento preventivo, relacionamentos ou controle do estresse. Contudo, foi identificada diferença estatisticamente significativa no efeito isolado do tempo ($p=0,024$) e da alocação no grupo ($p=0,047$) sobre os hábitos alimentares, indicando que no tempo 2, houve maior proporção de participantes com adequação em relação a esse componente por influência aleatória do tempo e do grupo. A análise também demonstrou associação estatisticamente significativa em relação ao efeito isolado do tempo sobre o componente atividade física

($p=0,055$), significando proporção maior de pessoas com adequação no componente atividade física, no tempo 2.

Tabela 5 – Efetividade do acompanhamento telefônico nos componentes do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV. Fortaleza-CE, 2018

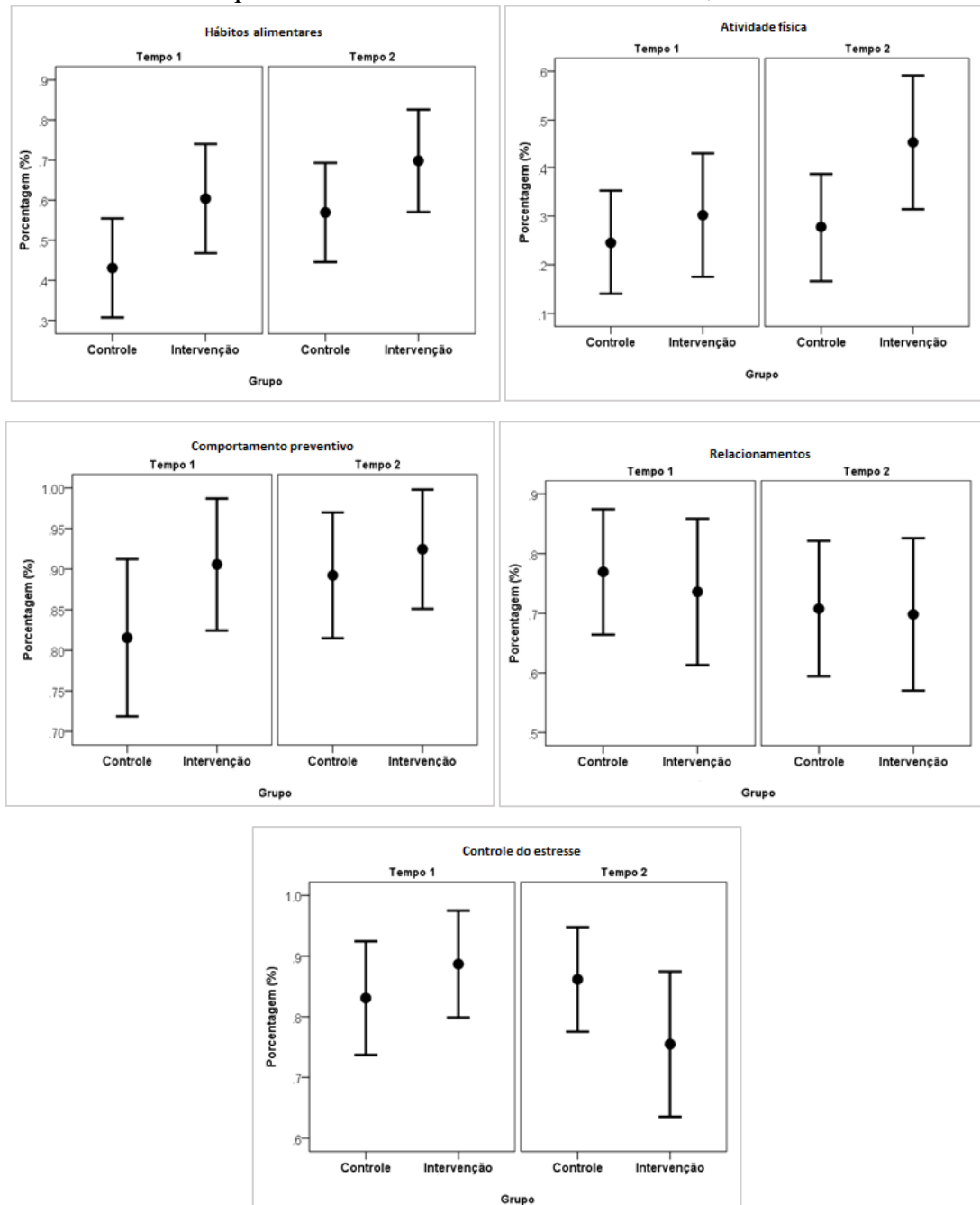
Fonte: Dados da autora.

Componentes do estilo de vida	Tempo		Total Grupo	P-valor		
	1	2		Interação	Tempo	Grupo
Hábitos alimentares						
Controle	43,1 ($\pm 12,1$)	56,9 ($\pm 12,1$)	50,0 ($\pm 8,6$)	0,745	0,024	0,047
Intervenção	60,4 ($\pm 13,3$)	69,8 ($\pm 12,5$)	65,1 ($\pm 9,1$)			
Atividade física						
Controle	24,6 ($\pm 10,6$)	27,7 ($\pm 11,0$)	26,2 ($\pm 7,6$)	0,244	0,055	0,127
Intervenção	30,2 ($\pm 12,5$)	45,3 ($\pm 13,5$)	37,7 ($\pm 9,3$)			
Comportamento preventivo						
Controle	81,5 ($\pm 9,5$)	89,2 ($\pm 7,6$)	85,4 ($\pm 6,1$)	0,616	0,256	0,223
Intervenção	90,6 ($\pm 7,9$)	92,5 ($\pm 7,2$)	91,5 ($\pm 5,3$)			
Relacionamentos						
Controle	76,9 ($\pm 10,3$)	70,8 ($\pm 11,1$)	73,8 ($\pm 7,6$)	0,813	0,369	0,714
Intervenção	73,6 ($\pm 12,0$)	69,8 ($\pm 12,5$)	71,7 ($\pm 8,6$)			
Controle do estresse						
Controle	83,1 ($\pm 9,2$)	86,2 ($\pm 8,5$)	84,6 ($\pm 6,2$)	0,061	0,264	0,772
Intervenção	88,7 ($\pm 8,6$)	75,5 ($\pm 11,7$)	82,1 ($\pm 7,3$)			

Fonte: Dados da autora.

O Gráfico 1 apresenta a análise da efetividade do acompanhamento telefônico nos componentes do estilo de vida de PVHA. Conforme apresentado, a proporção média de pessoas com hábitos alimentares e atividade física satisfatórios no GI, após os quatro meses, foi superior tanto quando comparada ao período antes da intervenção quanto com o GC, após a intervenção.

Gráfico 1 – *Box plot* da efetividade do acompanhamento telefônico nos componentes do estilo de vida de pessoas vivendo com HIV. Fortaleza-CE, 2018



5.7 Satisfação dos participantes do grupo intervenção em relação ao acompanhamento telefônico

No que se refere à análise dos itens da Escala de satisfação para manejo da doença automatizado por telefone, as PVHA relataram que a linguagem foi de fácil compreensão. No que se refere ao volume do som utilizado nas ligações, 92,5% dos participantes relataram ausências de dificuldades em ouvir o que era falado. Em relação às informações transmitidas,

os entrevistados colocaram que as mensagens nunca foram transmitidas de forma rápida. Quanto à dificuldade em responder às perguntas utilizando o telefone, 79,2% referiram que nunca tiveram esse problema durante o acompanhamento telefônico (Tabela 6).

No segundo domínio, utilidade percebida da ligação, pôde-se observar que a maioria dos sujeitos (92,5%) sentia confiança na enfermeira, afirmando que aprenderam novas informações com as ligações (79,2%). No que se refere ao autocuidado, 79,2% referiram que as ligações fizeram com que lembrassem de alguns afazeres, como tomar a medicação, fazer exercício físico ou comer alimentos saudáveis (Tabela 6).

Tabela 6 – Satisfação dos participantes do grupo intervenção em relação ao acompanhamento telefônico (n=53). Fortaleza-CE, 2018

Itens avaliados	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Facilidade em completar a chamada					
A linguagem usada nas ligações foi fácil de compreender?	53 (100,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
O volume do som nas ligações era suficiente para que o(a) sr(a) pudesse ouvir sem dificuldade?	49 (92,5)	0 (0,0)	2 (3,8)	0 (0,0)	2 (3,8)
As informações eram passadas rápido demais, dificultando a compreensão?	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)	52 (98,1)
O(a) sr(a) teve dificuldade para responder às perguntas utilizando telefone?	2(3,8)	1(1,9)	6(11,3)	2(3,8)	42(79,2)
Utilidade percebida da chamada					
As ligações fizeram o(a) sr(a) ter confiança de que a enfermeira sabia como você estava?	49 (92,5)	2 (3,8)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)
O(a) sr(a) aprendeu algo novo, nessas ligações, sobre como cuidar de você mesmo?	42 (79,2)	7 (13,2)	2 (3,8)	1 (1,9)	1 (1,9)
As ligações lembraram o(a) sr(a) de fazer alguma coisa relacionadas a sua saúde, como tomar a medicação, fazer exercício físico ou comer alimentos saudáveis?	42 (79,2)	3 (5,7)	5 (9,4)	1 (1,9)	2 (3,8)

Continua

Tabela 6 – Satisfação dos participantes do grupo intervenção em relação ao acompanhamento telefônico (n=53). Fortaleza-CE, 2018

Itens avaliados	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)	n (%)
Intromissão da chamada					
O(a) sr(a) achou as ligações interessantes?	52 (98,1)	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)
O(a) sr(a) gostou de receber as ligações?	50 (94,3)	1 (1,9)	1 (1,9)	0 (0,0)	1 (1,9)
O(a) sr(a) achou que as ligações foram um incômodo?	1 (1,9)	0 (0,0)	0 (0,0)	3 (5,7)	49 (92,5)
A duração das ligações lhe pareceu adequada?	50 (94,3)	3 (5,7)	0 (0,0)	0 (0,0)	0 (0,0)

Fonte: Dados da autora.

Em relação ao terceiro domínio, intromissão da ligação recebida, 98,1% referiram que as ligações sempre foram interessantes e 94,3% sempre gostaram de receber as chamadas. Quando questionados se as ligações os incomodaram, 92,5% referiram que as ligações nunca foram incômodas. Em relação ao tempo que duraram as ligações, 94,3% relataram que sempre foi adequado (Tabela 6). Total de 88,7% participantes demonstrou satisfação a respeito da frequência das ligações.

Os depoimentos dos participantes confirmaram a satisfação com o acompanhamento telefônico.

A seguir estão apresentados alguns depoimentos de agradecimento e que ressaltam a importância do acompanhamento telefônico, por oportunizar o diálogo, incentivar o tratamento e promover o apoio emocional:

“Gostaria de agradecer pela atenção. Gosto de conversar, explicar, você não tem preconceito e é muito atenciosa. A gente se sente amada, por você ter a responsabilidade de ligar.”

“Sobre as ligações, são boas, a gente se sente mais seguro, sabe que alguém tem cuidado de nós.”

“É bom a pessoa saber que alguém que se preocupa com a saúde da gente, se está tudo bem, se a gente está tomando a medicação.”

“Foi muito bom, porque determinados assuntos eu não conversava com mais ninguém.”

A ligação é muito importante, principalmente para aqueles que não tem muita informação.”

“Gostaria de agradecer, porque como você sabe, às vezes, a gente não tem com quem conversar, está chateada, para baixo, aí de repente você liga e a gente se acende.”

“Tinhas dias que você ligava e eu estava chorando e eu enxugava as lágrimas e ia te atender e depois eu ficava bem. Tem horas que você só precisa de alguém que lhe escute.”

Os participantes também referiram que as ligações motivaram mudanças no estilo de vida:

“Eu acho que deixei de fazer muitas besteiras no tratamento por conta das ligações.”

“Me senti melhor que pessoalmente para falar coisas que não falava pessoalmente. Me ajudou a viver. Eu perdi mais o medo de sair. Estou procurando me alimentar melhor. Não estou bebendo refrigerante, não estou comendo creme de leite. Não coloco açúcar na vitamina. Só coloco açúcar no café.”

“A gente acaba tendo um pouco mais de cuidado com a saúde, com relação à alimentação, à prática de exercício físico.”

6 DISCUSSÃO

A construção do roteiro para acompanhamento telefônico foi uma estratégia também utilizada em outros estudos (ROBBINS *et al.*, 2013; FERNANDES; REIS; TORRES *et al.*, 2016; STAMM *et al.*, 2018), porém, o diferencial da presente pesquisa foi a validação desse roteiro, que permitiu maior embasamento científico à enfermeira na abordagem das temáticas.

No que concerne ao fluxo dos participantes ao longo do estudo, do total de participantes elegíveis, 45 recusaram responder às perguntas. Os motivos de recusa incluíram pouca disponibilidade de tempo para responder às perguntas, ausência de interesse em envolver-se com a pesquisa e não querer falar sobre o HIV. Os resultados concordam com estudo realizado no extremo sul dos Estados Unidos, que buscou avaliar uma intervenção para melhorar a adesão de PVHA (KONKLE-PARKER; AMICO; MCKINNEY, 2014).

Uma minoria dos participantes não possuía o telefone disponível para contato. Esse resultado vai ao encontro da pesquisa de Chang *et al.* (2013), que identificou que a maioria das PVHA possuía telefone celular, no entanto, não tinham acesso à *internet* em casa. O fato de as ligações não exigirem o uso desta, contribuiu para maior acessibilidade à intervenção.

A perda de seguimento para o GI e GC, foi 33,7% e 43,1%, respectivamente. Perdas de seguimento maiores do que 10% da amostra podem comprometer a validade dos resultados (KARA-JUNIOR, 2014). No entanto, estudos prévios baseados em intervenções telefônicas direcionadas às pessoas com HIV demonstram elevadas perdas de seguimento (PEDROSA *et al.*, 2017; KONKLE-PARKER; AMICO; MCKINNEY, 2014).

Embora as ligações tenham sido realizadas em horários previamente agendados, acredita-se que um dos motivos para as chamadas não atendidas e a indisponibilidade para falar no momento da ligação, esteja relacionado ao receio em atender às ligações em ambientes públicos ou mesmo na presença de familiares que desconhecem o diagnóstico da infecção. Estudos apontam que preocupações relacionadas com a confidencialidade podem interferir na adesão ao uso de tecnologias móveis de saúde direcionadas às PVHA (CAMPBELL *et al.*, 2017; CHANG *et al.*, 2013).

No entanto, pode haver preferência por intervenções telefônicas devido às muitas barreiras de acesso em relação às outras formas de intervenção, como distância entre o serviço de saúde e estigma relacionado ao HIV (SAGRESTANO *et al.*, 2014; REMIEN *et al.*, 2015). A natureza altamente estigmatizada da infecção por HIV gera considerações exclusivas para estruturas de aceitação de tecnologia *mHealth* (CAMPBELL *et al.*, 2017).

Pressupõe-se que a inativação da linha por perda ou falta de crédito também tenha sido outra justificativa para as chamadas incompletas. No presente estudo, para cada participante, foram realizadas cinco tentativas, recomendação baseada no estudo de Robbins *et al.* (2013). A literatura evidencia que a perda do aparelho telefônico é um outro fator que pode interferir no uso de tecnologias para mediar intervenções de saúde (CAMPBELL *et al.*, 2017).

As características sociodemográficas dos participantes do estudo são semelhantes à distribuição geral da PVHA, sendo a maioria do sexo masculino, adulto jovem, com baixo nível de escolaridade, situação ocupacional ativa, solteiro, católicos, homossexuais e com baixo poder aquisitivo (SOARES *et al.*, 2015; ABDULRAHMAN *et al.*, 2017; MOURA; FARIA, 2017).

A prevalência da infecção pelo HIV ainda é maior na população masculina, embora haja tendência de feminização. No Brasil, no período de 2007 a junho de 2018, foram notificados no SINAN 247.795 casos de HIV, sendo 169.932 em homens (68,6%) e 77.812 em mulheres (31,4%), apresentando razão de prevalência de 2,6, ou seja, 26 homens para cada dez mulheres (BRASIL, 2018). Faz-se necessário o desenvolvimento de estratégias que busquem identificar a população mais exposta e tentar sensibilizá-los a buscar os serviços de saúde.

A faixa etária predominante dos participantes do estudo foi entre 30 e 49 anos, divergindo dos dados do boletim epidemiológico, que indica maior concentração de casos de HIV entre 20 a 34 anos (BRASIL, 2018). O fato de parte da amostra estar concentrada na meia idade, reforça a necessidade de orientações destinadas ao envelhecimento saudável.

O status socioeconômico é fator importante que afeta a vida das PVHA (METAWEH; IRONSON; BARROSO, 2016), PVHA com menor escolaridade apresentam maior prevalência de doenças crônicas (LIMA *et al.*, 2017), PVHA com mais anos de estudo possuem mais acesso às informações referentes à infecção, facilitando a vivência com a condição sorológica (MORAES *et al.*, 2018; GALVÃO *et al.*, 2015), além de melhorar a adesão à TARV (FORESTO *et al.*, 2017). A pouca escolaridade e o baixo nível socioeconômico prevalentes nas pessoas do estudo são fatores que podem ter dificultado a compreensão da importância da adesão ao tratamento (SILVA *et al.*, 2015).

A maioria dos participantes eram solteiros, situação que pode interferir de forma negativa no tratamento. A presença de parceiro no processo de adoecimento auxilia as PVHA a ter melhor enfrentamento da doença e convívio social, os cônjuges podem oferecer apoio e incentivo ao parceiro, contribuindo para melhor adesão à TARV (FATCH *et al.*, 2017; FIUZA *et al.*, 2013). O suporte social contribui significativamente para o enfrentamento da infecção e ameniza os eventos estressores e negativos relacionados ao HIV, além de auxiliar nas mudanças

na rotina e hábitos do indivíduo, tendo a família papel fundamental nesse apoio (SILVA; TAVARES, 2015; PEDROSA *et al.*, 2016).

A maior parte dos participantes era homossexual/bissexual. A prevalência da infecção pelo HIV é elevada em Homens que fazem Sexo com Homens (HSH) (BRASIL, 2018), estando essa população mais vulnerável à infecção. A orientação sexual pode desempenhar papel significativo no nível de adesão às consultas agendadas na clínica (ABDULRAHMAN *et al.*, 2017). Isso mostra a importância de considerar o desenvolvimento de estratégias e intervenções direcionadas para esse público, buscando reduzir a exposição dessa população ao vírus e melhor adesão ao tratamento em casos de infecções existentes.

A grande maioria dos participantes declarou professar algum tipo de religião, corroborando com outros pesquisadores (SANTOS *et al.*, 2017; RANSOME *et al.*, 2018). Estudo realizado com PVHA aponta que a religiosidade/espiritualidade está associada ao cuidado e aqueles que são religiosos/espirituais apresentam benefícios para saúde (METAWEH; IRONSON; BARROSO, 2016), além disso, a religiosidade e o bem-estar espiritual estão relacionados a maior adesão à TARV e melhores resultados clínicos (MEDVED, 2017; RANSOME *et al.*, 2018).

PVHA que professam alguma religião apresentam menor prevalência de sintomas de ansiedade e depressão, de modo que o enfrentamento religioso influencia a saúde física, o bem-estar psicológico e os comportamentos saudáveis de forma positiva (SILVA; PASSOS, SOUZA, 2015). Assim como ouvir músicas religiosas está associado a menor prevalência de sintomas de ansiedade e maior satisfação com a vida (HASLAM *et al.*, 2014). Nesse contexto, são importantes as intervenções que reforçam as atividades religiosas, os profissionais de saúde devem encorajar as PVHA a buscarem a religiosidade/espiritualidade, respeitando crenças e práticas de cada indivíduo.

Em relação aos hábitos de vida, a maior parte da amostra não fazia uso de bebidas alcoólicas, tabaco e drogas ilícitas. Embora a maior parte dos participantes do estudo tenha negado uso de substâncias, faz-se importante reforçar esse comportamento preventivo, uma vez que o uso do cigarro estando associado ao aumento da prevalência de doenças cardiovasculares, o uso de bebida alcoólica associada à TARV aumenta o risco para hepatotoxicidade e o uso de drogas interfere na adesão à medicação (SILVA *et al.*, 2016; LIMA *et al.*, 2017).

No que concerne aos componentes do estilo de vida, observou-se que os hábitos alimentares, o comportamento preventivo, os relacionamentos e o controle do estresse foram satisfatórios. Somente a componente atividade física apresentou classificação insatisfatória na maior parte dos participantes.

A maioria das PVHA não realizava a prática de exercício físico. Meta-análise realizada para investigar os níveis de atividade física em PVHA identificou que proporção considerável de PVHA não é suficientemente ativa fisicamente (VANCAMPFORT *et al.*, 2018). Faz-se importante estimular a prática do exercício físico em PVHA. A atividade física regular traz benefícios significativos para a saúde, como redução do risco de doenças cardiovasculares, diabetes e osteoporose, bem como ajuda a controlar o peso e promover o bem-estar mental. Além disso, participar de atividade física aumenta as oportunidades de socialização (WHO, 2018).

Grande parte dos participantes possuía parceiro e relatou o uso do preservativo sempre. É imprescindível que durante a assistência prestada às PVHA, os profissionais de saúde investiguem sobre práticas sexuais, uso de preservativos e contraceptivos, sorologia dos parceiros e se foi informado ao parceiro o diagnóstico da infecção pelo HIV (ABERG *et al.*, 2014). O uso do preservativo é uma estratégia prioritária para evitar a disseminação do vírus e reinfeção pelo HIV (SILVA *et al.*, 2016).

A intervenção não implicou mudança significativa em relação aos componentes do estilo de vida. No entanto, o acompanhamento telefônico mostrou-se viável no cuidado às PVHA, por favorecer a proximidade e o suporte necessários que podem propiciar mudanças no comportamento de saúde. Esse resultado vai ao encontro de estudos que comprovam que o uso das ligações telefônicas é uma estratégia eficiente e aceitável entre as PVHA (CHANG *et al.*, 2013; PEDROSA *et al.*, 2017).

Acredita-se que uma das justificativas para o efeito da intervenção não ter sido significativo, foi o fato de a maioria dos participantes já apresentar estilo de satisfatório no início do estudo, com exceção do componente atividade física. Contudo, recomenda-se que as orientações relativas à redução de risco sejam fornecidas a todas as PVHA, independente dos comportamentos de risco relatados pelo paciente ou do risco percebido por parte do prestador de cuidados de saúde (ABERG *et al.*, 2014).

Outro fator pode estar relacionado à questão socioeconômica, embora a renda familiar da maioria dos participantes fosse maior dos dois salários mínimos, ao analisar a renda individual, observou-se que a maior parte dos participantes tinha renda inferior a dois salários mínimos. O custo financeiro pode ser considerado pelas PVHA como barreira para fazer escolhas saudáveis relacionadas à alimentação e nutrição (CAPILI *et al.*, 2014).

PVHA reconhecem que o exercício e uma dieta saudável podem ajudá-los a administrar a carga de sintomas, no entanto, fatores contextuais, como falta de moradia, saúde

mental e uso de substâncias, podem limitar o interesse ou capacidade de se engajar nesses comportamentos (WEBEL *et al.*, 2017).

Evidencia-se que mudanças comportamentais, particularmente direcionadas às modificações dietéticas, são difíceis de serem alcançadas nessa população (CAPILI *et al.*, 2014). Nesse contexto, o tempo de seguimento do presente estudo foi de 18 semanas, período que pode ser considerado curto para consolidação de mudanças no estilo de vida. Por isso, recomenda-se que em pesquisas futuras a duração da intervenção seja prolongada.

Identificou-se diferença estatisticamente significativa no efeito isolado do tempo ($p=0,024$) e da alocação no grupo ($p=0,047$) sobre os hábitos alimentares e associação estatisticamente significativa em relação ao efeito isolado do tempo sobre o componente atividade física ($p=0,055$).

A respeito desse resultado, estudo revelou que entre as PVHA recém-diagnosticadas é comum a busca por hábitos saudáveis, representados pela alimentação saudável, prática de atividade física e diminuição do consumo de cigarros (BRION, 2014). Contudo, após adaptação ao diagnóstico, essas pessoas tendem a apresentar dificuldades na manutenção desses comportamentos (CAPILI *et al.*, 2014).

Com relação à satisfação das PVHA em relação ao acompanhamento telefônico, a linguagem utilizada durante na ligação foi considerada de fácil compreensão, não houve dificuldades em ouvir o que era falado, as informações nunca foram transmitidas de forma rápida e os participantes nunca tiveram dificuldade em responder às perguntas. Em contrapartida, no estudo realizado por Moore *et al.*, (2015), problemas como cobertura celular, queda de chamadas e qualidade de som foram limitações evidenciadas pelas PVHA.

A maioria dos participantes considerou as ligações interessantes, gostaram de receber as chamadas, não se sentiram incomodados com as ligações e consideraram adequada a duração das ligações. Esses resultados demonstram a aceitabilidade satisfatória dos participantes em relação ao acompanhamento telefônico, indo ao encontro de estudos prévios baseados em ligações (SHERMAN *et al.*, 2011; ROSEN *et al.*, 2017; CHANG *et al.*, 2013).

Além disso, a maioria dos participantes do GI sentia confiança na enfermeira. A importância de estabelecer confiança entre o participante e a pesquisadora é essencial para manutenção do contato telefônico, pois após estabelecido o vínculo, é menos provável que os participantes ignorem as ligações (ROSEN *et al.*, 2017). Evidencia-se que o estabelecimento da confiança entre as PVHA e o profissional de saúde é estratégia importante para reforçar a aceitação de intervenção (CAMPBELL *et al.*, 2017; MADHOMBIRO *et al.*, 2018).

Um aspecto favorável das intervenções por telefone é a ampliação da acessibilidade do paciente ao profissional de saúde, o que favorece uma via de comunicação adicional, contribuindo para que os pacientes compartilhem conquistas e desafios relacionados à busca de comportamentos saudáveis. Essa via de comunicação permite que o enfermeiro forneça *feedback* positivo para manutenção de bons resultados (LIMA *et al.*, 2018).

A maioria dos participantes declarou ter adquirido novos conhecimentos com as ligações e relatou que as ligações fizeram lembrar de cuidados relacionados à saúde. Estudo prévio indicou que ampliar o conhecimento sobre a saúde e identificar limitações que impedem as mudanças são construtos fundamentais na elaboração de intervenções direcionadas ao estilo de vida (MIDDLETON; ANTON; PERRI, 2013).

7 CONCLUSÃO

O estudo desenvolvido permitiu avaliar a efetividade do acompanhamento telefônico no estilo de vida de pessoas vivendo com HIV. Destacam-se as seguintes conclusões:

- Todos os itens do roteiro para acompanhamento telefônico apresentaram IVC relativo ao grau de relevância acima de 0,90 (I-ICVI= 1; S-CVI/AVE = 1; S-CVI= 1), sendo, portanto, considerado validado;
- Houve homogeneidade entre o GC e o GI antes da intervenção em relação à maioria das variáveis associadas à caracterização sociodemográfica, aos hábitos de vida e aos componentes do estilo de vida;
- A caracterização sociodemográfica da amostra de ambos os grupos demonstrou predominância de pessoas do sexo masculino (83,9%), 30 e 49 anos (61,0%), escolaridade ≤ 12 anos de estudo (65,3%), situação ocupacional ativa (62,7%), estado civil solteiro (55,9%), religião católica (67,6%), com orientação sexual homossexual/bissexual (61,9%), renda familiar > 2 salários mínimos e individual ≤ 2 salários mínimos (73,7%);
- Quanto aos hábitos de vida, identificou-se que a maioria dos participantes mantinha hábitos saudáveis antes da intervenção, com exceção da prática de exercício físico, sendo o percentual de sedentarismo de 63,6%. A prevalência de não uso de preservativo foi de 11,4%;
- Em relação à análise dos componentes do estilo de vida, predominou a classificação satisfatória, exceto no tocante à prática de atividade física, cuja classificação foi insatisfatória em 72,9% dos participantes;
- A perda de seguimento no GI foi de 33,7 % e a principal justificativa para esse resultado foi não comparecimento ao serviço de saúde para avaliação final das variáveis desfecho. Esse valor é equivalente ao encontrado na literatura científica;
- O acompanhamento telefônico não demonstrou mudança estatisticamente significativa em relação aos componentes do estilo de vida. No entanto, no tempo 2 (18 semanas), foi maior a proporção de pessoas do GI com classificação satisfatória nos hábitos alimentares por influência aleatória do tempo e do grupo. Também houve maior proporção de participantes do GI com adequação no componente atividade física, por efeito aleatório do tempo.

Considerou-se como limitações do estudo o fato de a maior parte da amostra possuir hábitos saudáveis antes da intervenção, o tempo reduzido de seguimento e a impossibilidade de utilização de exames para mensuração da efetividade da intervenção sobre o estilo de vida.

Como recomendações, sugere-se a realização de estudos que ampliem o tempo de seguimento, avaliem o custo-efetividade do acompanhamento telefônico e que utilizem exames laboratoriais para avaliação do estilo de vida. Além disso, são necessárias pesquisas que comparem o acompanhamento telefônico com outros tipos de tecnologias.

Por fim, a presente pesquisa negou a tese de que o acompanhamento telefônico é efetivo para melhorar o estilo de vida de PVHA. Contudo, o acompanhamento foi considerado viável no cuidado às pessoas vivendo com HIV, por favorecer a proximidade e o suporte necessários que podem propiciar mudanças no estilo de vida. Além disso, as ligações oportunizaram o diálogo, o incentivo ao tratamento e o apoio emocional.

REFERÊNCIAS

- ABDULRAHMAN, S. *et al.* Sociodemographic profile and predictors of outpatient clinic attendance among HIV-positive patients initiating antiretroviral therapy in Selangor, Malaysia. **Patient Preference and Adherence**, v. 11, p. 1273–1284, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28794617>>. Acesso em: 2 fev. 2018.
- ABERG, J. A. *et al.* Primary Care Guidelines for the Management of Persons Infected With HIV: 2013 Update by the HIV Medicine Association of the Infectious Diseases Society of America. **Clinical Infectious Diseases**, v. 58, n. 1, p. 1–34, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24235263>>. Acesso em: 2 fev. 2018.
- ADAMS, C. *et al.* Mental health problems in people living with HIV: changes in the last two decades: the London experience 1990-2014. **AIDS care**, v. 28, n. 1, p. 56–9, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26888472>>. Acesso em: 2 mar. 2018.
- AKTER, S.; RAY, P. mHealth - an Ultimate Platform to Serve the Unserved. **Yearbook of medical informatics**, p. 94–100, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20938579>>. Acesso em: 1 nov. 2018.
- ALEXANDRE, N. M. C.; COLUCI, M. Z. O. Validade de conteúdo nos processos de construção e adaptação de instrumentos de medidas. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 16, n. 7, p. 3061–3068, 2011. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232011000800006&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 13 nov. 2018.
- ANOJE, C. *et al.* Adherence to On-Time ART Drug Pick-Up and Its Association with CD4 Changes and Clinical Outcomes Amongst HIV Infected Adults on First-Line Antiretroviral Therapy in Nigerian Hospitals. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 2, p. 386–392, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27388161>>. Acesso em: 5 set. 2018.
- ASSOCIAÇÃO BRASILEIRA INTERDISCIPLINAR DE AIDS (ABIA). **As políticas de acesso a medicamentos e os direitos humanos no Brasil e no mundo**. 2017. Disponível em: <www.abiaids.org.br>. Acesso em: 1 fev. 2018.
- AYER, R. *et al.* Clinic attendance for antiretroviral pills pick-up among HIV-positive people in Nepal: Roles of perceived family support and associated factors. **PLoS ONE**, v. 11, n. 7, p. 1–16, 2016.
- BALAMINUT, T. *et al.* Adaptação cultural e confiabilidade para o Brasil do Automated Telephone Disease Management: resultados preliminares. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 25, n. 5, p. 795–801, 2012. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002012000500023&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 8 nov. 2018.
- BETANCUR, M. N. *et al.* Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil. **The Brazilian Journal of Infectious Diseases**, v. 21, n. 5, p. 507–514, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28535397>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

BORETZKI, J. *et al.* Highly specific reasons for nonadherence to antiretroviral therapy: Results from the German adherence study. **Patient Preference and Adherence**, v. 11, p. 1897–1906, 2017. Disponível em: < <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29184394>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

BOTH J. *et al.* Validação da escala “Perfil do estilo de vida individual”. **Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde**, v. 13, n. 1, p. 5-14, 2008.

BOULOS, M. *et al.* How smartphones are changing the face of mobile and participatory healthcare: an overview, with example from eCAALYX. **BioMedical Engineering OnLine**, v. 10, n. 1, p. 24, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21466669>>. Acesso em: 7 fev. 2018

BRANDT, C. *et al.* Anxiety symptoms and disorders among adults living with HIV and AIDS: A critical review and integrative synthesis of the empirical literature. **Clinical Psychology Review**, v. 51, p. 164–184, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27939443>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

BRANDT, C. *et al.* Anxiety symptoms and disorders among adults living with HIV and disorders among adults living with HIV and AIDS: A critical review and integrative synthesis of the empirical literature. **Clinical Psychology Review**, v. 51, p. 164-184, 2017.

BRASIL. Ministério Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e hepatites virais. **Manual Clínico de Alimentação e Nutrição**. Brasília: Ministério da Saúde, 2006.

BRASIL. Ministério Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e hepatites virais. **Guia para o Cuidador Domiciliar de Pessoas que Vivem com HIV/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2010.

BRASIL. Ministério Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e hepatites virais. **Atenção em Saúde Mental nos Serviços Especializados em DST/Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012a.

BRASIL. Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e hepatites virais. **Recomendações para a prática de atividades físicas para pessoas vivendo com HIV e Aids**. Brasília: Ministério da Saúde, 2012b.

BRASIL. Conselho Nacional de Saúde. **Resolução 466, de 12 de dezembro de 2012**. Estabelece critérios sobre pesquisa envolvendo seres humanos. Brasília: Ministério da Saúde. 2012c.

BRASIL. Ministério Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e hepatites virais. **Protocolo Clínico e Diretrizes Terapêuticas para Manejo da Infecção pelo HIV em Adultos**. Brasília: Ministério da Saúde, 2015.

BRASIL. Ministério Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST, Aids e hepatites virais. **Boletim epidemiológico HIV/Aids 2018**. Brasília: Ministério da Saúde, 2018.

BRION, J. The Patient–Provider Relationship as Experienced by a Diverse Sample of Highly Adherent HIV-Infected People. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 25, n. 2, p. 123–134, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23809659>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

BRION, J.; KEMPPAINEN, J. The Important Role of Mental Illness and Substance Abuse in Successful Management of HIV Infection. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 28, n. 2, p. 181–184, 2017. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.jana.2017.01.002>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

BRITO, D. M. S. **Guia de cuidados aos pacientes em uso de terapia antiretroviral**. Fortaleza: Secretaria da Saúde do Estado do Ceará, 2012.

BROWNING, K. K. *et al.* Adherence to Tobacco Dependence Treatment Among HIV-Infected Smokers. **AIDS and Behavior**, v. 20, n. 3, p. 608–621, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1007/s10461-015-1059-1>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

CALCAGNO, A. *et al.* Ageing with HIV: a multidisciplinary review. **Infection**, v. 43, n. 5, p. 509–522, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25987480>>. Acesso em: 5 fev. 2018.

CAMPBELL, J. I. *et al.* The Technology Acceptance Model for Resource-Limited Settings (TAM-RLS): A Novel Framework for Mobile Health Interventions Targeted to Low-Literacy End-Users in Resource-Limited Settings. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 11, p. 3129–3140, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28421356>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CAPILI, B. *et al.* Barriers and Facilitators to Engagement in Lifestyle Interventions Among Individuals With HIV. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 25, n. 5, p. 450–457, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24630628>>. Acesso em: 1 dez. 2018.

CATALANI, C. *et al.* mHealth for HIV Treatment & Prevention: A Systematic Review of the Literature. **The Open AIDS Journal**, v. 7, n. 1, p. 17–41, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24133558>>. Acesso em: 13 nov. 2018.

CENTERS FOR DISEASE CONTROL AND PREVENTION (CDC). **HIV surveillance report**. 2015. vol. 27, 2016. Disponível em: <<http://www.cdc.gov/hiv/library/reports/hiv-surveillance.html>>. Acesso em 24 fev. 2018.

CHANG, L. W. *et al.* Perceptions and acceptability of mHealth interventions for improving patient care at a community-based HIV/AIDS clinic in Uganda: A mixed methods study. **AIDS Care**, v. 25, n. 7, p. 874–880, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23452084>>. Acesso em: 15 nov. 2018.

CIOE, P. A. *et al.* Elevated soluble CD14 and lower D-dimer are associated with cigarette smoking and heavy episodic alcohol use in persons living with HIV. **Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 70, n. 4, p. 400–405, 2015.

COSIO, D. *et al.* Telephone-Administered Motivational Interviewing to Reduce Risky Sexual Behavior in HIV-Infected Rural Persons: A Pilot Randomized Clinical Trial. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 37, n. 3, p. 140–146, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/20118830>>. Acesso em: 05 jun. 2018.

CUNHA, G. H. DA; GALVÃO, M. T. G. Diagnósticos de enfermagem em pacientes com o Vírus da Imunodeficiência Humana/ Síndrome da Imunodeficiência Adquirida em assistência ambulatorial. *Acta Paulista de Enfermagem*, v. 23, n. 4, p. 526–532, 2010.

CUNHA, G. H. DA; GALVÃO, M. T. G. Sociodemographic context of patients with HIV/aids attended in nursing consultation. *Journal of Nursing UFPE on line*, v. 5, n. 3, p. 713–721, 2011.

CUNHA, G. H.; GALVÃO, M. T. G. Efeito do suporte social na vida de adultos com HIV/AIDS Effect of social support in the lives of adults with HIV/AIDS. **Revista de Pesquisa: Cuidado é Fundamental Online**, v. 8, n. 3, p. 4833, 2016. Disponível em: <<http://www.seer.unirio.br/index.php/cuidadofundamental/article/view/4379>>. Acesso em: 3 mar. 2018.

D’ETTORRE, G. *et al.* What happens to cardiovascular system behind the undetectable level of HIV viremia? **AIDS Research and Therapy**, v. 13, n. 1, p. 21, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27127532>>. Acesso em: 2 fev. 2018.

DEROSE, K. P. *et al.* Developing Pilot Interventions to Address Food Insecurity and Nutritional Needs of People Living With HIV in Latin America and the Caribbean: An Interinstitutional Approach Using Formative Research. **Food and Nutrition Bulletin**, p. 037957211880930, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30453759>>. Acesso em: 10 out. 2018.

DO, A. N. *et al.* Excess burden of depression among HIV-infected persons receiving medical care in the United States: Data from the medical monitoring project and the behavioral risk factor surveillance system. **PLoS ONE**, v. 9, n. 3, 2014.

DOOSTI-IRANI, A. *et al.* Prevalence of depression in people with HIV and AIDS in Iran: A systematic review. **Med J Islam Repub Iran**, 2017. Disponível em: <<http://mjiri.iums.ac.ir31.75.https://doi.org/10.14196/mjiri.31.75>>. Acesso em: 10 fev. 2018.

EIDAM, C. L.; LOPES, A. S.; GUIMARAES, M. D. C.; OLIVEIRA, O. V. Estilo de Vida de Pacientes Infectados pelo Vírus da Imunodeficiência Humana HIV e sua Associação com a Contagem de Linfócitos T CD4+. **Revista Brasileira de Cineantropometria & Desempenho Humano**, v. 8, n. 3, p. 51-57, 2006.

ESCOTA, G. V. *et al.* Understanding mechanisms to promote successful aging in persons living with HIV. **International Journal of Infectious Diseases**, v. 66, p. 56–64, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijid.2017.11.010>>. Acesso em: 10 jun. 2018.

ESTRIN, D.; SIM, I. Open mHealth Architecture: An Engine for Health Care Innovation. **Science**, v. 330, n. 6005, p. 759–760, 2010. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21051617>>. Acesso em: 1 mar. 2018.

FATCH, R. *et al.* Alcohol Interactive Toxicity Beliefs and ART Non-adherence Among HIV-Infected Current Drinkers in Mbarara, Uganda. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 7, p. 1812–1824, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27198557>>. Acesso em: 1 mar. 2018.

FERNANDES, B. S. M.; REIS, I. A.; TORRES, H. de C. Evaluation of the telephone intervention in the promotion of diabetes self-care: a randomized clinical trial. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 24, p. e2719, 2016. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692016000100396&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 3 nov. 2018.

FITZPATRICK, M. E.; KUNISAKI, K. M.; MORRIS, A. Pulmonary Disease in HIV-Infected Adults in the Era of Antiretroviral Therapy. **AIDS**, v. 32, n. 3, p. 1, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29194119>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

FIUZA, M. L. T. *et al.* Adherence to antiretroviral treatment: comprehensive care based on the care model for chronic conditions. **Escola Anna Nery**, v. 17, n. 4, p. 740-748, 2013. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400740&lng=en&nrm=iso>. Acesso em: 03 dez. 2018.

FORESTO, J. S. *et al.* Adherence to antiretroviral therapy by people living with HIV/AIDS in a municipality of São Paulo. **Revista Gaúcha de Enfermagem**, v. 38, n. 1, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472017000100406&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 dez. 2018.

GALINDO, J. *et al.* Conocimientos, actitudes y prácticas frente a la alimentación de personas con VIH/SIDA y su relación con síndrome metabólico, Cali-Colombia. **Perspectivas en Nutrición Humana**, v. 17, n. 1, p. 20–35, 2015. Disponível em: <<http://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/nutricion/article/view/25433>>. Acesso em: 1 set. 2018.

GALVÃO, M. T. G. *et al.* Quality of life and adherence to antiretroviral medication in people with HIV. **Acta Paul Enferm**, v. 28, n. 1, p. 48–53, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/1982->>. Acesso em: 8 nov. 2018.

GALVÃO, T. F.; PANSANI, T., DE S. A.; HARRAD, D. Principais itens para relatar Revisões sistemáticas e Meta-análises: A recomendação PRISMA. **Epidemiologia e Serviços de Saúde**, v. 24, n. 2, p. 335–342, 2015. Disponível em: <http://www.iec.pa.gov.br/template_doi_ess.php?doi=10.5123/S1679-49742015000200017&scielo=S2237-96222015000200335>. Acesso em: 1 set. 2018.

GARIN, N. *et al.* Recreational drug use among individuals living with HIV in Europe: review of the prevalence, comparison with the general population and HIV guidelines recommendations. **Frontiers in Microbiology**, v. 6, p. 690, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26236288>>. Acesso em: 05 set. 2018.

GRITZ, E. R. *et al.* Long-term Outcomes of a Cell Phone–Delivered Intervention for Smokers Living With HIV/AIDS. **Clinical Infectious Diseases**, v. 57, n. 4, p. 608–615, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23704120>>. Acesso em: 1 fev. 2018.

GROSS, R. *et al.* Managed Problem Solving for Antiretroviral Therapy Adherence. **JAMA Internal Medicine**, v. 173, n. 4, p. 300, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23358784>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

GROSS, R. *et al.* Managed problem solving for antiretroviral therapy adherence: A randomized trial. **JAMA Internal Medicine**, v. 173, n. 4, p. 300–306, 2013.

HASLAM, C. *et al.* Social identification moderates cognitive health and well-being following story- and song-based reminiscence. **Aging & Mental Health**, v. 18, n. 4, p. 425–434, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24131035>>. Acesso em: 1 out. 2018.

HECKMAN, T. G. *et al.* A Randomized Clinical Trial Showing Persisting Reductions in Depressive Symptoms in HIV-Infected Rural Adults Following Brief Telephone-Administered Interpersonal Psychotherapy. **Annals of Behavioral Medicine**, v. 52, n. 4, p. 299–308, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/30084893>>. Acesso em: 27 nov. 2018.

HELLEBERG, M. *et al.* Mortality Attributable to Smoking Among HIV-1–Infected Individuals: A Nationwide, Population-Based Cohort Study. **Clinical Infectious Diseases**, v. 56, n. 5, p. 727–734, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23254417>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

HIGGINS, J. P.; GREEN, S. Cochrane handbook for systematic reviews of interventions. version 5.1.0 [Internet]. Oxford (UK): The Cochrane Collaboration, 2011 [updated 2011 Mar; cited 2018 May 10]. Available from: www.cochrane-handbook.org.

HULLEY, S. B. *et al.* **Delineando a pesquisa clínica**. 4. Ed. Porto Alegre: Artmed, 2015

IKEDA, M. L. R. *et al.* Alcohol Drinking Pattern: A Comparison between HIV-Infected Patients and Individuals from the General Population. **PLOS ONE**, v. 11, n. 6, p. e0158535, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27362541>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

JAGGERS, J. R. *et al.* A home-based exercise intervention to increase physical activity among people living with HIV: study design of a randomized clinical trial. **BMC Public Health**, v. 13, n. 1, p. 502, 2013. Disponível em: <<http://bmcpublichealth.biomedcentral.com/articles/10.1186/1471-2458-13-502>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

KAHLER, C. W. *et al.* Daily Associations Between Alcohol Use and Unprotected Anal Sex Among Heavy Drinking HIV-Positive Men Who Have Sex with Men. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. 3, p. 422–430, 2015. Disponível em: <<http://link.springer.com/10.1007/s10461-014-0896-7>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

KALICHMAN, S. C. *et al.* Brief Behavioral Self-Regulation Counseling for HIV Treatment Adherence Delivered by Cell Phone: An Initial Test of Concept Trial. **AIDS Patient Care and STDs**, v. 25, n. 5, p. 303–310, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21457056>>. Acesso em: 3 jun. 2018.

- KAMPMEIJER, R. *et al.* The use of e-health and m-health tools in health promotion and primary prevention among older adults: a systematic literature review. **BMC Health Services Research**, v. 16, n. S5, p. 290, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27608677>>. Acesso em: 1 nov. 2018.
- KARA-JUNIOR, N. Definition of population and randomization of sample in clinic surveys. **Revista Brasileira de Oftalmologia**, v. 73, n. 2, p. 67–68, 2014. Disponível em: <<http://www.gnresearch.org/doi/10.5935/0034-7280.20140015>>. Acesso em: 17 nov. 2018.
- KLASNJA, P.; PRATT, W. Healthcare in the pocket: Mapping the space of mobile-phone health interventions. **Journal of Biomedical Informatics**, v. 45, n. 1, p. 184–198, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21925288>>. Acesso em: 1 dez. 2018.
- KONKLE-PARKER, D. J. *et al.* Pilot testing of an HIV medication adherence intervention in a public clinic in the Deep South. **Journal of the American Association of Nurse Practitioners**, v. 24, n. 8, p. 488–498, 2012.
- KONKLE-PARKER, D. J.; AMICO, K. R.; MCKINNEY, V. E. Effects of an intervention addressing information, motivation, and behavioral skills on HIV care adherence in a southern clinic cohort. **AIDS Care**, v. 26, n. 6, p. 674–683, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24116922>>. Acesso em: 27 nov. 2018.
- KOOLE, O. *et al.* Reasons for missing antiretroviral therapy: Results from a multi-country study in Tanzania, Uganda, and Zambia. **PLoS ONE**, v. 11, n. 1, p. 2–7, 2016.
- KUMAR, S. *et al.* Mobile Health Technology Evaluation. **American Journal of Preventive Medicine**, v. 45, n. 2, p. 228–236, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23867031>>. Acesso em: 1 mar. 2018.
- LIMA, I. C. V. De *et al.* Information and communication technologies for adherence to antiretroviral treatment in adults with HIV/AIDS. **International Journal of Medical Informatics**, v. 92, p. 54–61, 2016. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.ijmedinf.2016.04.013>>. Acesso em: 1 mar. 2018.
- LIMA, I. C. V. De *et al.* Use of the Whatsapp application in health follow-up of people with HIV: a thematic analysis. **Escola Anna Nery**, v. 22, n. 3, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452018000300202&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 2 nov. 2018.
- LIMA, M. A. C. *et al.* Systemic Arterial Hypertension in people living with HIV/AIDS: integrative review. **Revista Brasileira de Enfermagem**, v. 70, n. 6, p. 1309–1317, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672017000601309&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 28 mar. 2018.
- LOVEJOY, T. I. *et al.* Telephone-Administered Motivational Interviewing Reduces Risky Sexual Behavior in HIV-Positive Late Middle-Age and Older Adults: A Pilot Randomized Controlled Trial. **AIDS and Behavior**, v. 15, n. 8, p. 1623–1634, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21809048>>. Acesso em: 3 nov. 2018.

- NIU, L. *et al.* The Mental Health of People Living with HIV in China, 1998–2014: A Systematic Review. **PLOS ONE**, v. 11, n. 4, p. e0153489, 2016. Disponível em: <<http://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0153489>>. Acesso em: 17 mar. 2018.
- MADHOMBIRO, M. *et al.* Perceptions of alcohol use in the context of HIV treatment: a qualitative study. 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.2147/HIV.S150095>>. Acesso em: 17 nov. 2018.
- MDODO, R. *et al.* Cigarette Smoking Prevalence Among Adults With HIV Compared With the General Adult Population in the United States. **Annals of Internal Medicine**, v. 162, n. 5, p. 335, 2015. Disponível em: <<http://annals.org/article.aspx?doi=10.7326/M14-095>>. Acesso em: 17 nov. 2018.
- MEDVED, K. H. Are religion and spirituality barriers or facilitators to treatment for HIV: a systematic review of the literature. **AIDS Care**, v. 29, n. 1, p. 1–13, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27410058>>. Acesso em: 1 out. 2018.
- METAWEH, M.; IRONSON, G.; BARROSO, J. The Daily Lives of People With HIV Infection: A Qualitative Study of the Control Group in an Expressive Writing Intervention. **Journal of the Association of Nurses in AIDS Care**, v. 27, n. 5, p. 608–622, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27426408>>. Acesso em: 3 mar. 2018.
- MIDDLETON, K. R.; ANTON, S. D.; PERRI, M. G. Long-Term Adherence to Health Behavior Change. **American Journal of Lifestyle Medicine**, v. 7, n. 6, p. 395–404, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27547170>>. Acesso em: 21 nov. 2018.
- MOORE, B. A. *et al.* A Remotely-Delivered CBT and Contingency Management Therapy for Substance Using People with HIV. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. S2, p. 156–162, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645326>>. Acesso em: 2 jun. 2018.
- MOORE, B. A. *et al.* A Remotely-Delivered CBT and Contingency Management Therapy for Substance Using People with HIV. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. S2, p. 156–162, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25645326>>. Acesso em: 17 nov. 2018.
- MORAES, D. C. A. *et al.* El conocimiento de las personas que viven con el VIH/SIDA acerca de la terapia antirretroviral. **Enfermería Global**, n. 49, 2018. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.6018/eglobal.17.1.274001>>. Acesso em: 2 dez. 2018.
- MOURA, J. P. De; FARIA, M. R. De. Caracterização e perfil epidemiológico das pessoas que vivem com hiv/aids. **Revista de Enfermagem UFPE on line**, v. 11, n. 12, p. 5214, 2017. Disponível em: <<https://periodicos.ufpe.br/revistas/revistaenfermagem/article/view/22815>>. Acesso em: 1 out. 2018.
- MUESSIG, K. E. *et al.* A Systematic Review of Recent Smartphone, Internet and Web 2.0 Interventions to Address the HIV Continuum of Care. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 12, n. 1, p. 173–190, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25626718>>. Acesso em: 05 out. 2018.

NAGATA, D.; GUTIERREZ, E. B. Characteristics of HIV patients who missed their scheduled appointments. **Revista de saúde pública**, v. 49, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26786472>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

NAHAS, M. V. O Pentágulo do Bem Estar. Boletim do Núcleo de Pesquisa em Atividade Física & Saúde CDS/UFSC, v.2, n. 7, p.1-1, 1996.

NAHAS, M. V.; BARROS, M. V. G.;FRANCALACCI, V. O pentágulo do bem-estar - Base conceitual para avaliação do estilo de vida de indivíduos ou grupos. Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde, Pelotas, v. 5, n. 2, p. 48-59, 2000.

NAHAS, M. V. Atividade Física, saúde e qualidade de vida: conceitos e sugestões para um estilo de vida ativo. 6 ed. Londrina: Midiograf, 2013

OGALHA, C. *et al.* A Randomized, Clinical Trial to Evaluate the Impact of Regular Physical Activity on the Quality of Life, Body Morphology and Metabolic Parameters of Patients With AIDS in Salvador, Brazil. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 57, p. S179–S185, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21857315>>. Acesso em: 05 out. 2018.

Organização Pan-Americano de Saúde (OPAS). **Envelhecimento ativo: política de Saúde**. Brasília: OPAS, 2005.

PANEL OF EXPERTS FROM THE METABOLIC DISORDERS STUDY GROUP (GEAM); NATIONAL AIDS PLAN (SPNS); AIDS STUDY GROUP (GESIDA) *et al.* Executive summary of the consensus document on metabolic disorders and cardiovascular risk in patients with HIV infection. **Enfermedades Infecciosas y Microbiología Clínica**, v. 33, n. 1, p. 41–47, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25096166>>. Acesso em: 2 set. 2018.

PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L.D.M. An evaluation of quality of life and its determinants among people living with HIV/AIDS from Southern Brazil. **Cad. Saúde Pública** v. 31, n. 4, p. 800–814, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1590/0102>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

PEDROSA, S. C. *et al.* Does telephone intervention in the adherence to antiretroviral therapy in women with human immunodeficiency virus. **Revista da Rede de Enfermagem do Nordeste**, v. 18, n. 3, p. 300–306, 2017. Disponível em: <<http://www.revistarene.ufc.br/revista/index.php/revista/article/view/2656/pdf>>. Acesso em: 08 mar. 2018.

PELLOWSKI, J. A. *et al.* Alcohol-antiretroviral therapy interactive toxicity beliefs and daily medication adherence and alcohol use among people living with HIV. **AIDS care**, v. 28, n. 8, p. 963–70, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26964014>>. Acesso em: 17 nov. 2018.

PETTIFOR, A. *et al.* HPTN 062: A pilot randomized controlled trial exploring the effect of a Motivational-Interviewing intervention on sexual behavior among Individuals with Acute HIV Infection in Lilongwe, Malawi. **PLoS ONE**, v. 10, n. 5, p. 1–18, 2015.

POLIT, D. F.; BECK, C. T.; HUNGLER, B. P. Fundamentos de pesquisa em enfermagem. 6. ed. Porto Alegre: Artmed, 2011.

- RANSOME, Y. *et al.* The Role of Religious Service Attendance, Psychosocial and Behavioral Determinants of Antiretroviral Therapy (ART) Adherence: Results from HPTN 063 Cohort Study. **AIDS and Behavior**, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29956116>>. Acesso em: 1 out. 2018.
- REDDY, K. P. *et al.* Impact of Cigarette Smoking and Smoking Cessation on Life Expectancy Among People With HIV: A US-Based Modeling Study. **Journal of Infectious Diseases**, v. 214, n. 11, p. 1672–1681, 2016. Disponível em: <<https://academic.oup.com/jid/article-lookup/doi/10.1093/infdis/jiw430>>. Acesso em: 1 mar. 2018.
- REMIEN, R. H. *et al.* Barriers and Facilitators to Engagement of Vulnerable Populations in HIV Primary Care in New York City. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 69, p. S16–S24, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25867774>>. Acesso em: 28 nov. 2018.
- ROBBINS, G. K. *et al.* Site Nurse–Initiated Adherence and Symptom Support Telephone Calls for HIV-Positive Individuals Starting Antiretroviral Therapy, ACTG 5031: Substudy of ACTG 384. **HIV Clinical Trials**, v. 14, n. 5, p. 235–253, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24144900>>. Acesso em: 27 nov. 2018.
- RODGER, A. J. *et al.* Mortality in well controlled HIV in the continuous antiretroviral therapy arms of the SMART and ESPRIT trials compared with the general population. **AIDS**, v. 27, n. 6, p. 973–979, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23698063>>. Acesso em: 2 set. 2018.
- ROSEN, R. K. *et al.* Telephone-Delivered Mindfulness Training for People Living with HIV: A Qualitative 360° Inquiry. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 11, p. 3194–3201, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28766027>>. Acesso em: 2 jun. 2018.
- ROSSOUW, T. M.; ANDERSON, R.; FELDMAN, C. Impact of HIV infection and smoking on lung immunity and related disorders. **European Respiratory Journal**, v. 46, n. 6, p. 1781–1795, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26250491>>. Acesso em: 21 nov. 2018.
- RUCINSKI, K. B. *et al.* Sustained Sexual Behavior Change After Acute HIV Diagnosis in Malawi. **Sexually Transmitted Diseases**, v. 45, n. 11, p. 741–746, 2018. Disponível em: <<http://insights.ovid.com/crossref?an=00007435-201811000-00006>>. Acesso em: 17 nov. 2018.
- SAADAT, M.; BEHBOODI, Z.; SAADAT, E. Comparison of depression, anxiety, stress, and related factors among women and men with human immunodeficiency virus infection. **Journal of Human Reproductive Sciences**, v. 8, n. 1, p. 48, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25838749>>. Acesso em: 08 fev. 2018.
- SAGRESTANO, L. M. *et al.* Transportation vulnerability as a barrier to service utilization for HIV-positive individuals. **AIDS Care**, v. 26, n. 3, p. 314–319, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23876086>>. Acesso em: 28 nov. 2018.

SANTOS, C. M. da C.; PIMENTA, C. A. de M.; NOBRE, M. R. C. The PICO strategy for the research question construction and evidence search. **Revista Latino-Americana de Enfermagem**, v. 15, n. 3, p. 508–511, 2007. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000300023&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 02 set. 2018.

SANTOS, I. K. Dos *et al.* Lifestyle and sleep patterns among people living with and without HIV/AIDS. **Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical**, v. 51, n. 4, p. 513–517, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0037-86822018000400513&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 3 fev. 2018.3

SANTOS, V. F. *et al.* Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 30, n. 1, p. 94–100, 2017. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002017000100094&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 5 nov. 2018.

SCHENSUL, J. J. *et al.* Identifying the Intersection of Alcohol, Adherence and Sex in HIV Positive Men on ART Treatment in India Using an Adapted Timeline Followback Procedure. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. S2, p. 228–242, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28993911>>. Acesso em: 17 set. 2018.

SCHNALL, R. *et al.* mHealth Technology as a Persuasive Tool for Treatment, Care and Management of Persons Living with HIV. **AIDS and Behavior**, v. 19, n. S2, p. 81–89, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/25572830>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

SHERMAN, E. M. *et al.* Health Care Provider Satisfaction with Telephone Consultations Provided by Pharmacists and Physicians at the National HIV/AIDS Clinicians' Consultation Center. **Annals of Pharmacotherapy**, v. 45, n. 12, p. 1499–1505, 2011. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22085777>>. Acesso em: 2 nov. 2018.

SHIRLEY, D. *et al.* Cessation-related information, motivation, and behavioral skills in smokers living with HIV. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, v. 30, n. 2, p. 131–139, 2018. Disponível em: <<https://doi.org/10.1080/09540121.2017.1367088>>. Acesso em: 17 set. 2018.

SILVA, C. M. *et al.* Alcohol use disorders among people living with HIV/AIDS in Southern Brazil: prevalence, risk factors and biological markers outcomes. **BMC Infectious Diseases**, v. 17, n. 1, p. 263, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28399823>>. Acesso em: 2 mar. 2018.

SILVA, J. A. G. *et al.* Factors associated with non-adherence to antiretroviral therapy in adults with AIDS in the first six months of treatment in Salvador, Bahia State, Brazil. **Cadernos de Saúde Pública**, v. 31, n. 6, p. 1188–1198, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0102-311X2015000601188&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 2 dez. 2018.

SILVA, L. M. S.; TAVARES, J. S. The family's role as a support network for people living with HIV/AIDS: a review of Brazilian research into the theme. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1109–1118, 2015. Disponível em:

<http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401109&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 2 nov. 2018.

SILVA, M. J. P. **Comunicação Tem Remédio: A Comunicação nas Relações Interpessoais em Saúde**. 8. ed. São Paulo: Loyola, 2011.

SILVA, S. K.; PASSOS, S. M. K.; SOUZA, L. D. M. Associação entre Religiosidade e Saúde Mental em Pacientes com HIV. **Psicologia - Teoria e Prática**, v. 17, n. 2, p. 36–51, 2015. Disponível em: <<http://www.bibliotekevirtual.org/index.php/2013-02-07-03-02-35/2013-02-07-03-03-11/1203-psicologia/v17n02/12833-associacao-entre-religiosidade-e-saude-mental-em-pacientes-com-hiv.html>>. Acesso em: 1 out. 2018.

SIMONI, J. M.; KUTNER, B. A.; HORVATH, K. J. Opportunities and Challenges of Digital Technology for HIV Treatment and Prevention. **Current HIV/AIDS Reports**, v. 12, n. 4, p. 437–440, 2015. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26412082>>. Acesso em: 05 out. 2018.

SOARES, G. B. *et al.* Quality of life of people living with HIV/AIDS treated by the specialized service in Vitória-ES, Brazil. **Ciência & Saúde Coletiva**, v. 20, n. 4, p. 1075–1084, 2015. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1413-81232015000401075&lng=en&tlng=en>. Acesso em: 1 out. 2018.

STAMM, B. *et al.* Intervenção telefônica para manejo da ansiedade de pacientes oncológicos: ensaio clínico randomizado. **Acta Paulista de Enfermagem**, v. 31, n. 2, p. 137–143, 2018. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0103-21002018000200137&lng=pt&tlng=pt>. Acesso em: 3 dez. 2018.

STATISTA. **Clinical relevance of smartphone apps for diabetes management: A global overview**. 2018. Disponível em: <https://www.statista.com/statistics/330695/number-of-smartphone-users-worldwide/>. Acesso em: 05 nov. 2018.

SUNDARARAJAN, R. *et al.* Qualitative Study of Changes in Alcohol Use Among HIV-Infected Adults Entering Care and Treatment for HIV/AIDS in Rural Southwest Uganda. v. 19, n.4, p. 732-741, 2015. Disponível em: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC4392168/pdf/10461_2014_Article_918.pdf>. Acesso em: 17 nov. 2018.

TSENG, T. Y. *et al.* Combining Text Messaging and Telephone Counseling to Increase Varenicline Adherence and Smoking Abstinence Among Cigarette Smokers Living with HIV: A Randomized Controlled Study. **AIDS and Behavior**, v. 21, n. 7, p. 1964–1974, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27605365>>. Acesso em: 08 jun. 2018.

UNITED NATIONS PROGRAMME ON HIV/AIDS (UNAIDS). **HIV treatment, 2018**. Disponível em: <http://www.unaids.org/en/topic/treatment>. Acesso em: 16 nov. 2018.

VANCAMPFORT, D. *et al.* Global physical activity levels among people living with HIV: a systematic review and meta-analysis. **Disability and Rehabilitation**, v. 40, n. 4, p. 388–397, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/27929355>>. Acesso em: 21 nov. 2018.

VIDRINE, D. J. *et al.* Mediators of a smoking cessation intervention for persons living with HIV/AIDS. **Drug and Alcohol Dependence**, v. 147, p. 76–80, 2015. Disponível em: <<http://dx.doi.org/10.1016/j.drugalcdep.2014.12.003>>. Acesso em: 16 nov. 2018.

WEBEL, A. R. *et al.* A multinational qualitative investigation of the perspectives and drivers of exercise and dietary behaviors in people living with HIV. **Applied Nursing Research**, v. 37, p. 13–18, 2017. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/28985914>>. Acesso em: 02 set. 2018.

WEBEL, A. R. *et al.* The Influence of Exercise on Cardiovascular Health in Sedentary Adults With Human Immunodeficiency Virus. **The Journal of Cardiovascular Nursing**, v. 33, n. 3, p. 239–247, 2018. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/29189426>>. Acesso em: 02 set. 2018.

WEINSTEIN, T. L.; LI, X. The relationship between stress and clinical outcomes for persons living with HIV/AIDS: a systematic review of the global literature. **AIDS Care**, v. 28, n. 2, p. 160–169, 2016. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/26565754>>. Acesso em: 02 mar. 2018.

WHO. World Health Organization. **Benefits of regular physical activity, 2018**. Disponível em: <http://www.euro.who.int/en/health-topics/disease-prevention/nutrition/a-healthy-lifestyle/benefits-of-regular-physical-activity>. Acesso em: 16 nov. 2018.

WHO. World Health Organization. **New horizons for health through mobile technologies Based on the findings of the second global survey on eHealth**. v. 3. Geneva, Switzerland: World Health Organization; 2011.

WHO. World Health Organization. **A glossary of terms for community health care and services for older persons**. WHO Centre for Health Development, Ageing and Health Technical Report, v. 5, 2004.

YAHIAOUI, A.; SMITH, B. A.; VOSS, J. G. Effect of Exercise on Cardiac and Metabolic Outcomes in People Living With HIV. **Annual Review of Nursing Research**, v. 31, n. 1, p. 277–296, 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24894143>>. Acesso em: 2 fev. 2018.

YI, S. *et al.* AIDS-Related Stigma and Mental Disorders among People Living with HIV: A Cross-Sectional Study in Cambodia. **PLOS ONE**, v. 10, n. 3, p. e0121461, 2015. Disponível em: <<https://dx.plos.org/10.1371/journal.pone.0121461>>. Acesso em: 05 out. 2018.

ZHANG, Y. *et al.* Association Between Missed Early Visits and Mortality Among Patients of China National Free Antiretroviral Treatment Cohort. **JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes**, v. 60, n. 1, p. 59–67, 2012. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22517414>>. Acesso em: 05 set. 2018.

ZHANG, Y. X. *et al.* Coping Strategies for HIV-Related Stigma in Liuzhou, China. **AIDS and Behavior**, v. 18, n. S2, p. 212–220, 2014. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24337724>>. Acesso em: 05 set. 2018.

APÊNDICE A - ROTEIRO PARA ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO DO ESTILO DE VIDA DE PESSOAS VIVENDO COM HIV

Nome: _____

Telefone: _____

Data: ____/____/____

Ligação: () atendida () Não concluída/não atendida N° de tentativas: _____

Horário do início da ligação: ____ h ____ min

Horário do término da ligação: ____ h ____ min

Duração da ligação: ____ min.

Ao final da ligação, mostrou interesse e satisfação pelo atendimento:

() Sim; () Não; () Indiferente.

APRESENTAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO

Bom dia/Boa tarde/Boa noite

Gostaria de falar com o(a) Sr.(a) _____.

Meu nome é Samyla Citó, sou a enfermeira que irá realizar o acompanhamento da sua saúde por telefone por um período de quatro meses. O (a) Sr.(a) poderia confirmar a sua data de nascimento?

Irei ligar para o(a) Sr.(a) a cada 15 dias, no entanto, se precisar falar comigo, ligue para o número (85)9xxxx-xxxx de segunda a sexta-feira, das 08 às 18 horas. O nosso diálogo será sigiloso, a nossa conversa não será divulgada.

INÍCIO DE CADA LIGAÇÃO

Bom dia/Boa tarde/Boa noite

Gostaria de falar com o(a) Sr.(a) _____.

Meu nome é Samyla Citó, sou a enfermeira que está realizando o acompanhamento da sua saúde por telefone. O (a) Sr.(a) poderia confirmar a sua data de nascimento? Esse é um bom momento para conversarmos?

1. () Sim - Gostaria de conversar com o(a) Sr.(a) sobre _____ (temática da ligação). Irei fazer perguntas a respeito da sua saúde e fornecer algumas orientações.

2. () Não- Qual o melhor dia e horário para retornar a ligação? _____

Motivo da recusa: _____

ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

1. Durante o último mês, o(a) Sr.(a) deixou de tomar o(s) seu(s) remédio(s) alguma vez?

1. () Não - Parabenizar e incentivar a continuidade da tomada correta dos medicamentos.

2. () Sim – Questionar quando e quantas vezes deixou de tomar e o motivo que dificultou a tomada dos medicamentos: _____.

- Oferecer orientações de acordo com o fator dificultado referido (uso de álcool/drogas ilícitas, efeitos colaterais, não aceitação da doença, ausência de suporte social afetivo, crenças negativas e informações inadequadas sobre a infecção e o tratamento).

- Informar os riscos da adesão inadequada ao tratamento: desenvolvimento de resistência ao medicamento, infecções oportunistas e diminuição da imunidade.

- Traçar estratégias conjuntas para enfrentar as dificuldades encontradas para aderir ao tratamento.

2. O(A) Sr.(a) sabe quais são os benefícios de tomar o(s) seu(s) remédio(s) como o médico receitou?

1. () Sim - Parabenizar, solicitar a verbalização dos benefícios conhecidos e esclarecer outros possíveis benefícios.

2. () Não - Explicar sobre a redução progressiva da carga viral, a manutenção e/ou restauração do funcionamento do sistema imunológico, a redução da transmissão do vírus, a diminuição das infecções oportunistas e a melhora da qualidade de vida.

3. O(A) Sr.(a) consegue comparecer às consultas e realizar os exames solicitados pelo médico na data agendada?

1. () Sim - Parabenizar e incentivar a continuidade a ida às consultas e a realização dos exames solicitados pelo médico. – Orientar que o comparecimento às consultas é importante para dar continuidade ao seu tratamento e para prevenir complicações. – Informar que mesmo com a carga viral indetectável é essencial continuar com o tratamento.

2. () Não – Explicar que a ida às consultas e a realização dos exames é importante para dar continuidade ao seu tratamento e para prevenir complicações. – Orientar que o abandono do tratamento causa aumento da carga viral, diminuição das células de defesa e resistência aos medicamentos. – Informar que mesmo com a carga viral indetectável é essencial continuar com o tratamento.

HÁBITOS ALIMENTARES

1. Durante o último mês, o(a) Sr.(a) teve uma alimentação saudável (consumiu frutas e verduras, evitou frituras e doces, fez de 4 a 5 refeições por dia, ingeriu pelo menos 2 litros de água)?

1. () Sim – Parabenizar, pedir que fale sobre as práticas de alimentação saudável que tem realizado, se necessário, acrescentar informações.

2. () Não, questionar o que dificultou o seguimento das orientações sobre alimentação saudável:

- Oferecer orientações sobre alimentação saudável: fazer 3 refeições diárias e 3 pequenos lanches nos intervalos; comer frutas diariamente; ingerir de 6 a 8 copos de água por dia; usar menos açúcar e sal no preparo dos alimentos; não beber líquidos durante as refeições e evitar o consumo de refrigerantes, frituras e doces.

2. O(A) Sr.(a) sabe quais os benefícios de ter uma alimentação saudável?

1. () Sim - Parabenizar e solicitar a verbalização dos benefícios conhecidos e esclarecer outros possíveis benefícios.
2. () Não - Explicar que uma alimentação saudável e balanceada fornece energia para as atividades diárias, tem um importante papel na prevenção e remissão dos efeitos colaterais provocados pelos medicamentos. Esclarecer que uma alimentação saudável previne problemas como: diabetes, doenças do coração, aumento do colesterol ruim no sangue e lipodistrofia (alteração da gordura no corpo). - Informar que é importante consultar um nutricionista para melhorar a alimentação.

EXERCÍCIO FÍSICO

1. Durante o último mês, o(a) Sr.(a) realizou exercício físico?

1. () Sim - Parabenizar e incentivar a continuidade da prática regular do exercício físico.
2. () Não - Questionar o motivo de não tem realizado nenhuma exercício físico:

- Estimular o início da prática de exercício físico regular no mínimo 3 vezes na semana durante 30 minutos e sugerir ao participante a escolha de uma atividade que proporcione prazer, como dança, caminhada ou esporte. Orientar quanto à necessidade de consultar o médico antes de iniciar a exercício físico .

2. O(A) Sr.(a) sabe quais são os benefícios da prática regular de exercícios físicos?

1. () Sim - Parabenizar e solicitar a verbalização dos benefícios conhecidos e esclarecer outros possíveis benefícios.
2. () Não - Explicar que a prática regular de exercício físico pode proporcionar a diminuição da gordura localizada, o bom funcionamento do intestino, a melhora da disposição, o fortalecimento do sistema imunológico, o auxílio para manter níveis adequados de colesterol, além de proporcionar benefícios psicológicos, como a melhora da depressão, da autoestima e da ansiedade.

RELACIONAMENTO SOCIAL

1. Durante o último mês, o(a) Sr. (a) recebeu ajuda de alguém no seu cuidado de saúde (conversar sobre a doença, lembrar a hora de um medicamento ou o dia de fazer o exame, comprar um remédio para você, acompanhar em uma consulta ou qualquer outra situação)?

1. () Sim - Parabenizar, questionar quais são as fontes de apoio (família, amigos, vizinhos, profissionais de saúde) e incentivar a manutenção das redes de apoio já estabelecidas.
2. () Não - Questionar por que não recebeu apoio _____.

- Informar que o suporte social pode ser disponibilizado por familiares, amigos, pessoas de grupo religioso ou integrantes de instituições, profissionais de serviços de saúde e pessoas de organizações da sociedade civil. - Sugerir que o participante busque uma rede de apoio às pessoas vivendo com HIV/aids, por exemplo, Rede de Solidariedade Positiva e Rede Nacional de Pessoas Vivendo com HIV/aids.

2. O(A) Sr.(a) reconhece os benefícios de ter a ajuda de alguém no seu cuidado de saúde?

1. () Sim - Parabenizar e solicitar a verbalização dos benefícios conhecidos e esclarecer outros possíveis benefícios.

2. () Não - Explicar que a fonte de apoio social pode contribuir no enfrentamento e no tratamento da doença, diminuir sintomas de ansiedade e depressão, auxiliar em atividades práticas do dia a dia, melhorar o nível de conhecimento sobre o problema de saúde, proporcionar companhia para atividades de lazer e ajudar em questões financeiras.

AUTOESTIMA

1. Durante o último mês, o(a) Sr. (a) esteve satisfeito(a) em relação a si mesmo e a sua aparência?

1. () Sim - Parabenizar e incentivar a valorização pessoal.

2. () Não - Questionar os fatores de insatisfação em relação a si mesmo e da sua aparência: _____.

- Informar que algumas estratégias podem promover a autoestima como: pensar positivamente sobre si mesmo, praticar exercício físico, não se comparar com os outros, não procurar a perfeição, se centrar nas coisas que são de fácil mudança, estabelecer metas de vida, celebrar as conquistas, envolver-se com redes de apoio, ser útil e amável.

- Informar que a ajuda de um psicólogo pode melhorar a visão de si mesmo.

2. O(A) Sr.(a) reconhece os benefícios de gostar de si mesmo e da sua aparência?

1. () Sim - Parabenizar e solicitar a verbalização dos benefícios conhecidos e esclarecer outros possíveis benefícios.

2. () Não - Explicar que a autoestima é aspecto essencial para a manutenção da esperança, saúde e qualidade de vida, pois a pessoa que tem uma boa autoestima se cuida, se preocupa com sua saúde física e mental e apresenta atitudes que trazem benefícios para a vida.

ANSIEDADE E DEPRESSÃO

1. Durante o último mês, o(a) Sr.(a) apresentou algum sintoma de ansiedade, por exemplo, inquietação, medo, tensão muscular, sensação de aperto no peito, tremores, preocupação excessiva ou problemas de sono?

1. () Sim, qual(is): _____. Solicitar ao (à) participante que compartilhe com o seu médico os sentimentos de ansiedade apresentados. - Orientar quanto às medidas não farmacológicas de alívio dos sintomas: prática regular de exercício físico, técnicas de relaxamento, respiração, (auto)massagem, terapia com psicólogo e

atividades religiosas. - Informar sobre a importância de buscar ajuda de alguém no cuidado de saúde.

2. () Não - Estimular a prevenção, a partir de estratégias como: prática regular de exercício físico, técnicas de relaxamento, respiração e (auto)massagem, boas relações afetivas e sociais.

2. Durante o último mês, o(a) Sr.(a) apresentou sintomas de depressão, por exemplo, tristeza profunda, indisposição, irritabilidade, baixa autoestima, angústia, falta de motivação ou desesperança?

1. () Sim, qual(is): _____. - Solicitar ao (à) participante que compartilhe com o seu médico os sentimentos de depressão apresentados. - Orientar quanto as medidas não farmacológicas de alívio dos sintomas: prática regular de exercício físico, técnicas de relaxamento, alimentação saudável, terapia com psicólogo e atividades religiosas. - Informar sobre a importância de buscar ajuda de alguém no cuidado de saúde.

2. () Não - Estimular a prevenção, a partir de estratégias como: prática regular de exercício físico, boas relações afetivas e sociais, técnicas de relaxamento e alimentação saudável.

COMPORTAMENTO PREVENTIVO

1. Durante o último mês, o(a) Sr.(a) fez uso de álcool, cigarro e drogas ilícitas?

1. () Não – Parabenizar e incentivar a manutenção do comportamento positivo.

2. () Sim - Discutir o uso de álcool e outras drogas na perspectiva da redução de danos, tais como: diminuir o consumo, migrar para padrões menos danosos, não compartilhar agulhas e seringas, evitar misturar tipos de drogas e de bebidas, alimentar-se antes do uso e beber água antes, durante e depois. - Em relação ao cigarro: procurar fumar moderadamente, aumentar a ingestão de alimentos ricos em vitamina C, evitar o uso de cigarros de “baixos teores” que podem levar a um consumo de maior número de cigarros. Informar sobre o programa de cessação do tabagismo que fornece gratuitamente medicamentos e/ou grupos de autoajuda para quem deseja parar de fumar. – Falar sobre a importância de tomar os medicamentos mesmo tendo consumido álcool e drogas ilícitas.

2. O(A) Sr.(a) sabe quais são os benefícios de evitar o uso de álcool e outras drogas?

1. () Sim - Parabenizar e solicitar a verbalização dos benefícios conhecidos e esclarecer outros possíveis benefícios.

2. () Não - Explicar que o uso de álcool e outras drogas tem sido associado à prática de sexo sem preservativo, à diminuição da adesão à medicação ou descontinuidade do tratamento e a sintomas depressivos. - Ressaltar que a contagem dos linfócitos T CD4+ é menor e a carga viral é maior em pessoas que consomem bebidas alcoólicas. – Informar que o uso de cigarro aumenta o risco de doenças cardiovasculares e pulmonares, além de diminuir a expectativa de vida.

SEXUALIDADE

1. Durante o último mês, o(a) Sr.(a) teve relação sexual?

1. () Sim - Questionar a pergunta número dois.
2. () Não – Questionar sobre medos e angústias de ter relação sexual após o diagnóstico. - Informar que as pessoas com HIV podem continuar vivendo a sua sexualidade. - Explicar que o sexo é importante na vida das pessoas e ajuda a se sentir bem. - Informar que o uso do preservativo em todos os tipos de relação sexual é importante para não transmitir o HIV, evitar uma nova infecção pelo vírus e outras infecções sexualmente transmissíveis. – Orientar que beijos, abraços e carícias são formas de dar e receber prazer sexual sem risco de contrair infecções sexualmente transmissíveis.

2. O(A) senhor(a) usa camisinha durante as relações sexuais?

1. () Sempre - Parabenizar, solicitar a verbalização dos benefícios do uso do preservativo, esclarecer outros possíveis benefícios e encorajar a continuidade do uso.
2. () Às vezes – Questionar sobre as dificuldades em utilizar o preservativo. - Informar que o uso do preservativo em todos os tipos de relação sexual é importante para não transmitir o HIV, evitar uma nova infecção pelo vírus e outras infecções sexualmente transmissíveis. – Encorajar o uso do preservativo em todas as relações sexuais.
3. () Nunca – Questionar sobre as dificuldades em utilizar o preservativo. - Informar que o uso do preservativo é importante para não transmitir o HIV, evitar uma nova infecção pelo vírus e outras infecções sexualmente transmissíveis. – Encorajar o uso do preservativo em todas as relações sexuais.
4. () Não tem vida sexual ativa após o diagnóstico.

ENCERRAMENTO DA LIGAÇÃO

1. O(A) Sr.(a) gostaria de fazer alguma pergunta?

1. () Sim, qual _____.
2. () Não.

Sr.(a) _____, muito obrigada pela atenção. Retornarei a ligação com 15 dias para continuarmos a conversar sobre a sua saúde. Se o(a) senhor(a) precisar falar comigo, ligue para o número (85)9xxxx-xxxx de segunda a sexta-feira, das 08 às 17 horas.

FINALIZAÇÃO DO ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO

1. O(A) Sr.(a) gostaria de fazer alguma pergunta?

1. () Sim, qual _____.
2. () Não.

Sr.(a) _____, muito obrigada pela atenção. Estamos finalizando o acompanhamento telefônico, no entanto o(a) senhor(a) continuará sendo atendido no serviço de saúde, podendo solicitar ajuda da equipe de saúde, se precisar. O nosso último encontro será no dia do seu retorno (xx/xx/xxxx), gostaria de contar com a sua presença para realizar a última avaliação da sua saúde, pediremos a sua opinião sobre essa experiência e finalizaremos a pesquisa.

APÊNDICE B – FOLHETO EDUCATIVO COM DICAS DE SAÚDE PARA PESSOAS VIVENDO COM HIV

PRATIQUE ATIVIDADE FÍSICA REGULARMENTE!



- A prática regular de exercícios estimula o sistema imunológico. O ideal é fazer sessões de 30 a 45 minutos, de 3 a 4 vezes por semana.
- Os exercícios aeróbicos e de carga (como a musculação) são os ideais para prevenir as doenças cardíacas e os problemas causados pela lipodistrofia.
- Exemplos de exercícios aeróbicos: caminhada, bicicleta, dança, ginástica localizada, natação, hidroginástica, bicicletas ergométricas, esteiras.
- Os benefícios físicos dos exercícios são: coração e pulmões funcionando melhor, músculos maiores e mais fortes, ossos mais fortes, maior coordenação e flexibilidade, maior resistência, melhor funcionamento do sistema digestivo, com maior aproveitamento dos alimentos e medicações.
- Os benefícios psicológicos dos exercícios são: aumento da auto-estima, alívio do estresse, melhora da depressão, do convívio social e da ansiedade.

PENSE POSITIVAMENTE,

SORRIA MUITO,

AME MAIS,

SEJA FELIZ.

Elaboração:
Enfª Ivana Cristina
Enfª Samyla Citó

Orientação:
Profª Dra. Marli Galvão



Universidade Federal do Ceará
Faculdade de Farmácia, Odontologia e Enfermagem
Departamento de Enfermagem



IMPORTÂNCIA DA ADEÇÃO AO TRATAMENTO



Como funcionam esses medicamentos?

Eles impedem a multiplicação do vírus e diminuem a quantidade do vírus no organismo. Com isso, suas defesas melhoram, você fica mais forte, com menos riscos de desenvolver doenças.

É verdade que os medicamentos causam efeitos colaterais?

Sim. No começo do tratamento é comum ter sensações desagradáveis, que podem desaparecer com o tempo. Qualquer medicamento pode trazer efeitos negativos para o organismo. O importante é dar continuidade ao tratamento, pois seu organismo vai se acostumando com os novos remédios. Sempre que você sentir algo diferente ou incômodo, procure o serviço de saúde onde você faz seu acompanhamento. Em geral, acontecem logo que o tratamento é iniciado e vale lembrar que, na maioria das vezes, esses sintomas são temporários e não se deve interromper o tratamento por causa deles.

E se eu desistir de tomar os medicamentos?

Interromper o tratamento totalmente, faz com que o vírus fique mais forte em seu organismo. Isso pode enfraquecer mais rapidamente suas defesas e aumentar o risco de ficar doente. O melhor é procurar o seu médico ou a equipe de saúde que o acompanha e conversar sobre suas dificuldades antes de decidir parar com os medicamentos.

E se eu não conseguir tomar corretamente e falhar nas doses dos remédios?

O vírus se tornará mais resistente aos medicamentos, levando à falha do tratamento e à necessidade de trocar os medicamentos. A cada troca, diminui a quantidade de medicamentos que o médico pode receitar para combater o vírus no seu organismo.



DICAS DE ALIMENTAÇÃO



- O ideal é fazer 3 refeições diárias e 3 pequenos lanches nos intervalos.
- Dê preferência aos cereais, legumes e verduras, arroz com feijão e carnes magras.
- Coma frutas, elas são ricas em vitaminas e fibras e ajudam no funcionamento do intestino.
- Beba bastante líquido. De 6 a 8 copos de água por dia.
- Evite frituras.
- Use menos açúcar e sal no preparo dos alimentos.
- Evite excesso de alimentos gordurosos. Prefira peixe e frango.
- Evite beber líquidos durante as refeições.
- Evite abusar de refrigerantes, salgadinhos e doces.
- Evite ou diminua o consumo de bebidas alcoólicas e cigarros.

APÊNDICE C - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Estou convidando-o (a) para participar da Pesquisa “Efeitos de um programa de acompanhamento telefônico para a promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids” sob minha responsabilidade. Esta pesquisa pretende avaliar os efeitos de um acompanhamento telefônico na promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids.

Neste sentido, solicito sua permissão para participar do estudo que aplicará questionários com o (a) senhor (a) em uma sala de forma reservada no próprio serviço onde você realiza o seu acompanhamento (ambulatório de Infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio ou Centro de Saúde Carlos Ribeiro). Sua participação é importante para que os resultados da pesquisa mostrem como a intervenção por telefone pode influenciar na qualidade de vida, adesão à terapia antirretroviral, autoestima, estilo de vida, ansiedade e depressão daqueles que vivem com HIV/aids.

Para isso, vou explicar como o questionário será aplicado e quanto tempo será gasto. Durante aproximadamente 45 minutos vou conversar com o senhor(a) perguntando sobre sua saúde. Para isso, vou usar questões que já foram respondidas por inúmeras pessoas no mundo e, também, no Brasil. São perguntas rápidas e você irá escolher a alternativa que melhor representa a sua opinião ou informar outra resposta que não esteja no questionário.

Há perguntas relacionadas à sua caracterização sociodemográfica, qualidade de vida, adesão à terapia antirretroviral, autoestima, estilo de vida, ansiedade e depressão. Em função de conhecer que algumas pessoas têm dificuldade para escrita e leitura, poderemos ler as questões para os participantes durante a aplicação do questionário. Entretanto, caso queira responder sozinho você o fará e caso tenha alguma dúvida durante as repostas estarei aqui para lhe ajudar. Para todas as perguntas o (a) Senhor (a) ficará à vontade para responder, e nós só vamos continuar nossa entrevista se assim o (a) Senhor (a) desejar. Teremos mais três encontros a cada quatro meses, nos dias da sua consulta médica, para avaliar a sua saúde.

Caso concorde em participar, será realizado um sorteio e o senhor(a) poderá participar do grupo que receberá orientações presenciais nos dias da sua consulta, do grupo que receberá mensagens telefônicas ou do grupo que receberá ligações telefônicas. As mensagens/ligações serão realizadas a cada 15 dias durante oito meses para conversarmos sobre a sua saúde. Nas mensagens não serão incluídas as palavras HIV ou aids, para preservar sua privacidade. No caso das ligações, serão gravadas e terão duração média de 10 minutos.

Dou-lhe a garantia de que as informações que estou obtendo serão usadas apenas para a realização da minha pesquisa, também lhe asseguro que a qualquer momento terá acesso às informações, aos procedimentos e benefícios relacionados ao projeto, inclusive para sanar dúvidas que possam ocorrer.

O senhor(a) tem a liberdade de retirar seu consentimento a qualquer momento e deixar de participar do estudo, sem prejuízo para seu tratamento na Instituição. Não há despesas pessoais para o participante em qualquer fase do estudo. Também não há compensação financeira relacionada à sua participação. Se existir qualquer despesa adicional, ela será absorvida pelo orçamento da pesquisa.

Informo-lhe que, ao apresentar o meu trabalho, não usarei seu nome ou qualquer informação que possa identificá-lo (a). Durante a entrevista, caso se sinta triste, angustiado com o que está respondendo poderemos conversar sobre isso e, se necessário, ou do seu desejo marcaremos atendimento com profissional especializado que atendem as pessoas nesses serviços. Os resultados dessa pesquisa irão favorecer a elaboração de novas estratégias de intervenções de enfermagem, afim de promover a saúde das pessoas que vivem com HIV/aids.

Caso precise entrar em contato comigo em qualquer fase do estudo, informo-lhe meu nome e endereço: Marli Teresinha Gimenez Galvão. Endereço: Rua Alexandre Baraúna, Nº 1115, Rodolfo Teófilo, Fortaleza, Ceará. Telefone: 85 3366-8455. O senhor(a) também poderá esclarecer suas dúvidas no Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Ceará. Rua Coronel Nunes de Melo, 1000 Rodolfo Teófilo, Fone (85) 3366-8344.

Caso o senhor(a) se sinta suficientemente informado a respeito das informações que leu ou que foram lidas para você sobre os propósitos do estudo, os procedimentos a serem realizados, seus desconfortos e riscos, as garantias de confidencialidade e de esclarecimentos permanentes e que sua participação é voluntária, que não há remuneração para participar do estudo e se você concordar em participar solicitamos que assine no espaço abaixo.

Fortaleza, _____ de _____ de _____.

Assinatura do participante

Assinatura do responsável pela coleta de dados

ANEXO A – FORMULÁRIO DE CARACTERIZAÇÃO SOCIODEMOGRÁFICA E DE HÁBITOS DE VIDA DE PESSOAS COM HIV

Nome: _____		Data: _____
Telefone para contato: _____		
Tem interesse em receber ligações: () Sim () Não Horário preferencial para ligações: _____		
	DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS	COD.
1	Data da consulta: _____(DD/MM/AA)	DC _/_/___
2	Data de Nascimento: _____(DD/MM/AAAA)	DN _/_/___
3	Sexo: 1()M, 2()F	SEX_____
4	Escolaridade (em anos): _____ (Zero se não estudou) Ensino fundamental: 1 () 2 () 3 () 4 () 5 () 6 () 7 () 8 () 9 (); Ensino médio: 1 () 2 () 3 (); Superior: 1 () Incompleto 2 () Completo Pós-graduação: 1 () Especialização 2 () Mestrado 3 () Doutorado	ESC_____
5	Situação Ocupacional: 1 ()Empregado, 2 ()Desempregado, 3() Aposentado, 4()Afastado	SO_____
6	Número de pessoas que moram no mesmo domicílio: _____	PD_____
	Renda individual mensal: R\$ _____	RI_____
7	Renda mensal da família (Somar todos os rendimentos): R\$ _____	RMF_____
8	Estado Civil: 1 () Solteiro, 2 () Casado/Vive junto/União consensual/Amasiado, 3 () Divorciado/Separado, 4 () Viúvo.	EC_____
9	Qual é a sua religião? 1()Católica, 2()Evangélica, 3()Espírita, 4()Outra, 5()Sem Religião	REL_____
10	Qual sua orientação sexual? 1()Heterossexual 2() Homossexual 3() Bissexual	OS_____
	INFORMAÇÕES GERAIS SOBRE HÁBITOS DE SAÚDE	
11	Prática algum exercício físico? 1() Sim, 2() Não	AF_____
12	Se SIM, com que frequência: 1()Uma vez na semana 2()Duas ou mais vezes na semana 3()Diariamente 4()Esporadicamente.	FAF_____
13	Faz uso de álcool (Bebida alcoólica)? 1() Sim, 2() Não	AL_____
14	Se SIM, com que frequência: 1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente	FAL_____
15	Faz uso de tabaco (Cigarro de papel ou de palha)? 1() Sim, 2() Não	TB_____
16	Se SIM, com que frequência: 1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente	FTB_____
17	Faz uso de drogas ilícitas: 1() Sim, 2() Não	DI_____

18	Que tipo: 1() Maconha, 2() Cocaína, 3() LSD, 4() Crack, 5() Outras: _____	TDI_____
19	Se SIM, com que frequência: 1() Diariamente, 2() Semanalmente, 3() Mensalmente, 4() Esporadicamente	FDI_____
20	Usa o preservativo: 1() Sim, 2() Não	PV_____
21	Se SIM, com que frequência do uso do preservativo: 1() sempre, 2() às vezes, 3() nunca	FPV_____

**ANEXO B - INSTRUMENTO DE AVALIAÇÃO DO PERFIL DE ESTILO DE VIDA
INDIVIDUAL (PEVI)**

Instruções: As perguntas seguintes correspondem ao estilo de vida que é conjunto de ações habituais que refletem as atitudes, valores e oportunidades das pessoas. Estas ações têm grande influência na saúde geral e qualidade de vida de todos os indivíduos. Para cada item ou afirmação você terá as seguintes possibilidades de resposta ou manifestação: [0] absolutamente **não** faz parte do seu estilo de vida [1] **às vezes** corresponde ao seu comportamento [2] **quase sempre** verdadeiro no seu comportamento [3] a afirmação é **sempre** verdadeira no seu dia a dia, faz parte do seu estilo de vida

Motivos	Não	Às vezes	Quase sempre	Sempre	COD (EV)
HÁBITOS ALIMENTARES					
1.Sua alimentação diária inclui ao menos 3 porções de frutas e verduras.					1__
2.Você evita ingerir alimentos gordurosos (carnes gordas, frituras) e doces.					2__
3.Você faz 4 a 5 refeições variadas ao dia, incluindo café da manhã completo.					3__
ATIVIDADES FÍSICAS					
4.Você realiza ao menos 30 minutos/meia hora de atividades físicas moderadas ou intensas, de forma contínua, 5 ou mais dias na semana.					4__
5.Ao menos duas vezes por semana você realiza exercícios que envolvam força e alongamento muscular.					5__
6.No seu dia-a-dia, você caminha ou pedalada como meio de transporte e, preferencialmente, usa as escadas ao invés do elevador.					6__
COMPORTAMENTO PREVENTIVO					
7.Você consegue comparecer a todas as suas consultas médicas, fazer todos os seus exames de rotina e seguir as recomendações do seu médico corretamente.					7__
8.Você consegue usar preservativos (ou seu parceiro/a) durante as relações sexuais.					8__
9.Você evita bebidas alcoólicas, cigarro e outras drogas.					9__
RELACIONAMENTO SOCIAL					
10.Você procura cultivar amigos e está satisfeito/a com seus relacionamentos					10__
11.Seu lazer inclui encontros com amigos, atividades esportivas em grupo, participação em associações ou entidades sociais.					11__
12.Você procura ser ativo/a em sua comunidade, sentindo-se útil no seu ambiente social					12__
CONTROLE DO ESTRESSE					
13.Você reserva tempo (ao menos 5 minutos) todos os dias para relaxar.					13__
14.Você mantém uma discussão sem alterar-se, mesmo quando contrariado/a.					14__
15.Você equilibra o tempo dedicado ao trabalho com o tempo dedicado ao lazer.					15__

**ANEXO C - ESCALA DE SATISFAÇÃO PARA MANEJO DA DOENÇA
AUTOMATIZADO POR TELEFONE (MDAT)**

	Sempre	Quase sempre	Às vezes	Raramente	Nunca
1- A linguagem usada nas ligações foi fácil de compreender?					
2- O volume do som nas ligações era suficiente para que o(a) sr(a) pudesse ouvir sem dificuldade?					
3- As informações eram passadas rápido demais, dificultando a compreensão?					
4- O(a) sr(a) teve dificuldade para responder às perguntas utilizando telefone?					
5- As ligações fizeram o(a) sr(a) ter confiança de que a enfermeira sabia como você estava?					
6- O(a) sr(a) aprendeu algo novo, nessas ligações, sobre como cuidar de você mesmo?					
7- As ligações lembraram o(a) sr(a) de fazer alguma coisa relacionadas a sua saúde, como tomar a medicação, fazer exercício físico ou comer alimentos saudáveis?					
8- O(a) sr(a) achou as ligações interessantes?					
9- O(a) sr(a) gostou de receber as ligações?					
10- O(a) sr(a) achou que as ligações foram um incômodo?					
11- A duração das ligações lhe pareceu adequada?					
12. O intervalo entre as ligações foi adequado?	Sim (<input type="checkbox"/>) Não (<input type="checkbox"/>) Se responder não, qual o intervalo adequado? _____				
13. O senhor(a) gostaria de fazer algum comentário sobre as ligações?					
Observações:					

ANEXO D – APROVAÇÃO DO PROJETO PELO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

Título da Pesquisa: Efeitos de um programa de acompanhamento telefônico para a promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids

Pesquisador: Marli Teresinha Gimenez Galvão

Área Temática:

Versão: 2

CAAE: 53297216.8.0000.5054

Instituição Proponente: Departamento de Enfermagem

Patrocinador Principal: Financiamento Próprio

DADOS DO PARECER

Número do Parecer: 1.482.508

Apresentação do Projeto:

Projeto de pesquisa caracterizado como um estudo experimental, randomizado e controlado. Será desenvolvido no Ambulatório de Infectologia do Hospital Universitário Walter Cantídio (HUWC) da Universidade Federal do Ceará (UFC). A população desta pesquisa será constituída por pessoas vivendo com HIV/aids (PVHA) em uso da terapia antirretroviral (TARV), que estão em seguimento no ambulatório de infectologia do HUWC da UFC. A seleção da amostra obedecerá aos seguintes critérios de inclusão: pessoas vivendo com HIV/aids maiores de 18 anos, em acompanhamento ambulatorial no HUWC, em uso da TARV há mais de um mês e há menos de um ano. Serão excluídos da pesquisa pacientes que apresentarem acuidade visual diminuída, disartria, acúsia ou alguma patologia relacionada ao processo mental, que impeça a compreensão das ligações ou mensagens. Os critérios de retirada serão: expressão do desejo de não mais participar do estudo; mudança de instituição de acompanhamento em saúde ou óbito; perda de seguimento durante o acompanhamento telefônico (três semanas consecutivas sem contato telefônico ou sem feedback das mensagens enviadas). Participarão 162 pessoas, divididas igualmente em três grupos: Grupo intervenção 1 (GI 1) - chamadas telefônicas: além do cuidado habitual do serviço, este grupo receberá ligações telefônicas durante o período de acompanhamento; Grupo intervenção 2 (GI 2) - mensagens telefônicas: este grupo receberá o cuidado habitual do serviço e mensagens via

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.462.508

aplicativo de celular; e Grupo comparação (GC): este grupo receberá somente o cuidado habitual do serviço que consiste em atendimento médico e de enfermagem. A coleta de dados estudo será desenvolvida em duas etapas: I. Validação de conteúdo dos roteiros das intervenções telefônicas por especialistas: Haverá participação de cinco especialistas recrutados a partir de amostragem por conveniência. O conteúdo dos roteiros será avaliado em relação a: organização, clareza, compreensão do conteúdo; e II. Aplicação das intervenções telefônicas: Os participantes serão acompanhados por um período de 18 meses, sendo as intervenções realizadas no primeiro ano de seguimento. As mensurações das variáveis ocorrerão em quatro momentos (T0-linha de base, T1-seis meses, T2-12 meses e T3-18 meses). Serão utilizados: Formulário de caracterização sociodemográfica e clínica para pessoas com HIV/aids; Instrumento de avaliação do grau de dificuldade para adesão; Instrumento do Perfil de estilo de vida individual; Escala de Ansiedade e Depressão; Instrumento para avaliação da qualidade de vida (HATQoL); Estágios de Mudança de Comportamento Relacionado ao Exercício Físico; Escala de autoestima de Rosenberg (EAR). Para facilitar o desenvolvimento do projeto propõe-se a subdivisão da etapa II em três fases.

Objetivo da Pesquisa:

Geral: Avaliar os efeitos de um programa de acompanhamento telefônico na promoção da saúde de pessoas vivendo com HIV/aids em seguimento ambulatorial.

Específicos: Avaliar o efeito de um acompanhamento telefônico síncrono (chamadas telefônicas) na qualidade de vida, adesão à terapia antirretroviral, autoestima, estilo de vida, ansiedade e depressão em pessoas vivendo com HIV/aids do grupo intervenção (GI) e do grupo controle (GC), antes e após a realização da intervenção; Avaliar o efeito de um acompanhamento telefônico assíncrono (mensagens enviadas via aplicativo de celular) na qualidade de vida, adesão à terapia antirretroviral, autoestima, estilo de vida, ansiedade e depressão em pessoas vivendo com HIV/aids do grupo intervenção (GI) e do grupo controle (GC), antes e após a realização da intervenção; Comparar os efeitos das duas intervenções síncronas e assíncronas sobre as variáveis desfecho.

Avaliação dos Riscos e Benefícios:

Riscos: A pesquisa expõe o participante a riscos mínimos.

Benefícios: Elaboração de novas estratégias de intervenções de enfermagem, afim de promover a

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

UF: CE

Telefone: (85)3366-8344

Município: FORTALEZA

CEP: 60.430-275

E-mail: comepe@ufc.br

Continuação do Parecer: 1.482.516

saúde das pessoas que vivem com HIV/aids.

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:

Pesquisa pertinente e relevante para área de enfermagem. Objeto de pesquisa bem descrito, objetivos claros. Metodologia detalhada e congruente aos objetivos propostos. Aspectos éticos apresentados de acordo com a Resolução 466/12.

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:

Todos os termos obrigatórios foram apresentados e seguem o que recomenda a Resolução no. 466/12.

Recomendações:

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:

A pesquisa não apresenta pendências ética ou documentais.

Considerações Finais a critério do CEP:

Este parecer foi elaborado baseado nos documentos abaixo relacionados:

Tipo Documento	Arquivo	Postagem	Autor	Situação
Informações Básicas do Projeto	PB_INFORMACOES_BASICAS_DO_P ROJETO_658927.pdf	29/03/2016 18:04:26		Aceito
Outros	cartarespostaaocep.pdf	29/03/2016 18:00:54	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Projeto Detalhado / Brochura Investigador	Projeto_Final_28032016.docx	29/03/2016 17:59:02	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Folha de Rosto	Folhadestococomcarimbo.pdf	17/02/2016 10:15:59	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
TCLE / Termos de Assentimento / Justificativa de Ausência	TCLEatual.docx	12/02/2016 14:43:38	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	Cartadeanuencia.docx	12/02/2016 14:37:55	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	Termodecompromissoprontuario.docx	05/02/2016 16:03:10	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	cv_8090769371296465.doc	05/02/2016 15:59:33	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	Declaracaofieldepositarario.docx	05/02/2016 15:56:56	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Outros	Cartadeapresentacao_completa.pdf	05/02/2016 15:55:30	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

UNIVERSIDADE FEDERAL DO
CEARÁ/ PROPESQ



Continuação do Parecer: 1.482.508

Outros	Ciencioresponsavelsetor.docx	05/02/2016 15:51:43	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Orçamento	Orcamento.pdf	05/02/2016 15:47:55	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Declaração de Pesquisadores	Declaracaodeconcordancia.pdf	05/02/2016 15:45:59	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito
Cronograma	CRONOGRAMA.docx	05/02/2016 15:43:57	Marli Teresinha Gimeniz Galvão	Aceito

Situação do Parecer:

Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP:

Não

FORTALEZA, 07 de Abril de 2016

Assinado por:
FERNANDO ANTONIO FROTA BEZERRA
(Coordenador)

Endereço: Rua Cel. Nunes de Melo, 1000

Bairro: Rodolfo Teófilo

CEP: 60.430-275

UF: CE

Município: FORTALEZA

Telefone: (85)3366-8344

E-mail: comepe@ufc.br

ANEXO E - DECLARAÇÃO DE AUTORIZAÇÃO PARA REALIZAÇÃO DO ESTUDO EMITIDA PELA COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE (COGETS)



Prefeitura de Fortaleza
Secretaria Municipal de Saúde

PREFEITURA DE FORTALEZA
SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE
COORDENADORIA DE GESTÃO DO TRABALHO E EDUCAÇÃO NA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Número do Processo: **P218198/2016**

Título do Projeto de Pesquisa: **EFEITOS DE UM PROGRAMA DE ACOMPANHAMENTO TELEFÔNICO PARA A PROMOÇÃO DA SAÚDE DE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS.**

Pesquisadoras Responsáveis: **IVANA CRISTINA VIEIRA DE LIMA, SAMYLA CITÓ PEDROSA E MARI TERESINHA GIMENIZ GALVÃO.**

Instituição Proponente: **UNIVERSIDADE FEDERAL DO CEARÁ.**

A Coordenadoria de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde - COGETS, conforme sua atribuição, declara ter analisado o mérito científico e a relevância social do projeto de pesquisa supracitado e emitido parecer recomendando a coparticipação da Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza no estudo. Declara, outrossim, conhecer e cumprir as Resoluções Éticas Brasileiras; notadamente a Resolução CNS 466/2012. A Secretaria Municipal de Saúde de Fortaleza, por meio desta Coordenadoria, está ciente de suas corresponsabilidades como instituição coparticipante do referido projeto de pesquisa, assim como de seu compromisso no resguardo da segurança e bem-estar de sujeitos de pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de segurança e bem-estar.

Fortaleza, 22 de junho de 2016.



Maria Ivânilla Tavares Timbó
Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Coordenadora de Gestão do Trabalho e Educação na Saúde

Rua Antonio Augusto, 1571 • Meireles • CEP 80.110-370 Fortaleza-Ceará, Brasil
(85) 3105 1473 / 3131 1684