



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

DISSERTAÇÃO DE MESTRADO

**Relação entre bem-estar espiritual e risco de suicídio em pacientes
vivendo com HIV em acompanhamento ambulatorial.**

Pedro de Mello Vianna Pedrosa Galvão

RIO DE JANEIRO

2022



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / AIDS E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

**Relação entre bem-estar espiritual e risco de suicídio em pacientes
vivendo com HIV em acompanhamento ambulatorial.**

Pedro de Mello Vianna Pedrosa Galvão

Sob a Orientação do Professor Doutor
Julio Cesar Tolentino Junior

Dissertação submetida como
requisito parcial para obtenção
do grau de Mestre em Infecção
HIV/Aids e Hepatites Virais na
Área HIV

RIO DE JANEIRO

2022

G182 Galvão, Pedro de Mello Vianna Pedrosa
Relação entre bem-estar espiritual e risco de
suicídio em pacientes vivendo com HIV em
acompanhamento ambulatorial / Pedro de Mello Vianna
Pedrosa Galvão. -- Rio de Janeiro, 2022.
39 f.

Orientador: Júlio Cesar Tolentino Júnior.
Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do
Estado do Rio de Janeiro, Programa de Pós-Graduação
em Infecção HIV/AIDS e Hepatites Virais, 2022.

1. Suicídio. 2. Espiritualidade. 3. Prevenção. I.
Tolentino Júnior, Júlio Cesar, orient. II. Título.



UNIVERSIDADE FEDERAL DO ESTADO DO RIO DE JANEIRO - UNIRIO
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM INFECÇÃO HIV / Aids E HEPATITES VIRAIS
MESTRADO PROFISSIONAL - PPGHIV/HV

Pedro de Mello Vianna Pedrosa Galvão

Dissertação submetida como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em **Infecção HIV/Aids e Hepatites Virais** na Área de **Medicina II**.

DISSERTAÇÃO APROVADA EM: 28/04/2022.

Prof. Dr. Julio Cesar Tolentino Junior

Prof^a. Dr^a. Camila Drumond Muzi

Prof^a. Dr^a. Fabiana Barbosa Assumpção de Souza

Prof. Dr. Jorge Francisco da Cunha Pinto
(Suplente Interno)

Prof^a. Mariana Beiral Hammerle
(Suplente externo)

RESUMO

Introdução: Em vista do aumento das taxas de suicídio em nosso país e pelo fato de pessoas vivendo com o HIV/Aids (PVHIV) possuírem maior propensão ao suicídio do que o restante da população, é de extrema importância que os profissionais de saúde consigam detectar o risco de suicídio (RS) nesta população. Além da detecção dos fatores de risco de RS, também é de grande relevância a identificação dos fatores de proteção, a fim de evitar o trágico desfecho do suicídio. Como a espiritualidade tem sido considerada um fator protetor contra RS na população em geral, será investigada a relação entre bem-estar espiritual (BEE) e risco de cometer suicídio em PVHIV em acompanhamento ambulatorial. **Objetivo:** Investigar a relação entre BEE e RS em PVHIV realizando acompanhamento ambulatorial. **Métodos:** Estudo transversal com PVHIV em acompanhamento ambulatorial no Hospital Universitário Gaffrée e Guinle durante o período de março de 2019 a janeiro de 2020. Além dos dados sociodemográficos, foi realizada entrevista com o M.I.N.I (*Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0*) para avaliação de episódio depressivo maior (EDM) e RS (baixo, moderado e alto). Para avaliação da espiritualidade foi utilizado o FACIT-Sp (e suas dimensões: paz, sentido/propósito e fé), que permite analisar o BEE. Aplicou-se o teste t de Student (ou Mann Whitney), teste do qui-quadrado, regressão logística binária e regressão linear, através do software SPSS versão 25, sendo adotado como nível de significância valores de $p \leq 0,05$. **Resultados:** Foram incluídos 95 participantes, com idade entre 23 e 68 anos, com média de $46,0 \pm 10,3$ anos. Em relação ao BEE avaliado pelo FACIT-Sp, foi observado um escore total médio de 36,9 pontos e 66,7% apresentaram alto BEE. A prevalência de EDM e RS foi de 25,3% e 28%, respectivamente. Em modelo de regressão com a inclusão de idade, sexo, afiliação religiosa e FACIT-Sp, as variáveis confiáveis foram um maior escore do FACIT-Sp (fator de proteção), seguido de sexo feminino (fator de risco). A pontuação total do FACIT-Sp e suas dimensões foram significativamente menores naqueles com RS. **Conclusão:** Espiritualidade foi significativamente associada ao RS entre PVHIV em acompanhamento ambulatorial. Um maior BEE foi considerado fator de proteção para RS no presente estudo. **Palavras-chave:** Suicídio, Espiritualidade, Prevenção.

ABSTRACT

Introduction: In view of the increasing suicide rates in our country, and because people living with HIV/Aids (PLHIV) are at higher risks to commit suicide than the rest of the population, it is important that health professionals can identify the presence of suicidal risk (SR) among this population. Besides the detection of risk factors for SR, it is also extremely relevant the identification of protective factors, in order to prevent the tragic result of suicide. Since spirituality has been considered a protective factor against SR in the general population, this study will investigate the relationship between spiritual well-being (SWB) and SR in patients living with HIV in outpatient care. **Objective:** To investigate the relationship between SBW and SR among PLHIV in outpatient care. **Methods:** Cross-sectional study with PLHIV in outpatient follow-up at Gaffrée and Guinle University Hospital from the period of March 2019 to January 2020. In addition to sociodemographic data collection, an interview using M.I.N.I (Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0) was made to evaluate Major Depressive Disorder (MDD) and SR (low, moderate, and high). To evaluate spirituality FACIT-Sp (and its dimensions: peace, feeling/purpose, and faith) was used, which allows the analysis of SWB. Student's t-test (or Mann Whitney) was also applied, as well as a chi-square test and linear regression made with the help of SPSS software version 25, adopting significance levels for $p \leq 0.05$. **Results:** 95 patients were included in the study, aged between 23 to 68 years, with a mean of 46.0 ± 10.3 years. Regarding SWB assessed by FACIT-Sp, a mean total score of 36.9 points was observed and 66.7% presented high SWB. The prevalence of MDD and SR was 25.3% and 28%, respectively. In a prediction model including age, sex, religious affiliation, and FACIT-Sp, the significant predictors were a higher FACIT-Sp score (protection factor), followed by feminine gender (risk factor). The total score for FACIT-Sp and its dimensions were significantly lower among those with SR. **Conclusion:** Spirituality was the best predictor of the risk for committing suicide among PLHIV in outpatient follow-up. Higher SWB was found to be a protective factor for SR in this population.

Keywords: Suicide, Spirituality, Prevention.

LISTA DE ILUSTRAÇÕES

Quadro 1 - Fatores de risco para RS entre os PVHIV	15
Quadro 2 - Fatores de proteção para RS em PVHIV	15
Gráfico 1 - Diagnóstico e gravidade de RS em PVHIV	23
Gráfico 2 - Comparação da pontuação total do FACIT-Sp em pacientes sem e com RS	24

LISTA DE TABELAS

Tabela 1 - Comparação dos valores das dimensões do FACIT-Sp entre PVHIV sem e com RS	25
Tabela 2 - Comparação das variáveis incluídas no modelo de regressão para RS entre PVHIV	25

LISTA DE ABREVIações E SÍMBOLOS

BEE - Bem-estar espiritual

DSM - Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais

EDM - Episódio depressivo maior

HIV - Vírus da imunodeficiência humana

HUGG - Hospital Universitário Gaffrée e Guinle

IC - Intervalo de confiança

MINI - *Mini International Neuropsychiatric Interview*

OMS - Organização Mundial de Saúde

OR - Razão de chance ou odds ratio

PVHIV - Pessoas vivendo com HIV

RS - Risco de suicídio

SIDA - Síndrome da imunodeficiência adquirida

TARV - Terapia antirretroviral

TCLE - Termo de consentimento livre e esclarecido

SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO	09
2	OBJETIVO	12
3	REVISÃO DE LITERATURA	13
3.1	DEPRESSÃO EM PVHIV	13
3.1.1	Epidemiologia	13
3.1.2	Fatores de Risco	13
3.2	SUICIDALIDADE EM PVHIV	14
3.2.1	Introdução	14
3.2.2	Fatores de Risco	14
3.3	ESPIRITUALIDADE	16
3.3.1	Definições e Conceitos Gerais	16
3.4	ESPIRITUALIDADE E RS EM PVHIV	18
4	MÉTODO	19
4.1	DELINEAMENTO DA PESQUISA	19
4.1.1	Crítérios de inclusão	19
4.1.2	Crítérios de exclusão	20
4.2	AVALIAÇÃO DO EDM E RS PELO MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)	20
4.3	AVALIAÇÃO DO BEE PELO FACIT-Sp	21
4.4	ANÁLISE ESTATÍSTICA	21
5	RESULTADOS	23
6	DISCUSSÃO	26
7	CONCLUSÕES	29
	REFERÊNCIAS	30
	APÊNDICE A - TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO (TCLE)	35
	APÊNDICE B - Fatores Sóciodemográficos	36
	ANEXO A - MINI para Episódio Depressivo Maior	37
	ANEXO B - MINI para Risco de Suicídio	38
	ANEXO C- Questionário de Bem-Estar Espiritual (FACIT-Sp)	39

1 INTRODUÇÃO

O suicídio se situa entre as principais causas de morte no mundo, representando um sério problema de saúde pública (BOTEGA, 2007). Em termos globais, ocorrem aproximadamente 1 milhão de óbitos anuais por esse evento, apresentando tendência de crescimento nas próximas décadas, incluindo no Brasil (MACHADO; DOS SANTOS, 2015). Além disso, as taxas de suicídio tendem a subestimar todos os fatores que envolvem o risco de suicídio (RS). Tendo em vista que as tentativas de suicídio, são 10 a 20 vezes mais frequentes que o suicídio completo (KYLE, 2019). O Brasil se encontra entre os dez países que registram os maiores números absolutos de suicídios, segundo dados compilados pela Organização Mundial de Saúde (OMS). Para cada morte por suicídio, há no mínimo 5 ou 6 pessoas próximas ao falecido por este ato cujas vidas serão profundamente afetadas emocional, social e economicamente (BOTEGA, 2014; STEFANELLO et al., 2008; WHO, 2002).

Ideação suicida, tentativa de suicídio e comportamento suicida são comuns em PVHIV. Em até 90% dos casos há um diagnóstico de desordem mental associada, sendo a depressão o transtorno de humor mais associado; Neste sentido, a depressão é considerada um fator de risco muito importante na suicidalidade entre PVHIV (CARRIERI et al., 2017; NANNI et al., 2015). Além disso, a depressão é muito prevalente entre indivíduos com infecção pelo HIV e, quando comparada à população geral, é cerca de duas a quatro vezes maior (NANNI et al., 2015). Kang e colaboradores (2016) analisaram fatores de risco associados aos indivíduos reagentes para o HIV e identificou que depressão é o fator de risco com maior associação à ideação suicida. Além de depressão, diversos outros fatores de risco são descritos, como dependência de álcool e outras drogas psicoativas, baixo suporte social/familiar, isolamento social, passado de tentativa de suicídio, experiência de trauma, abuso ou discriminação. O suicídio pode ser considerado como uma resultante da presença de fatores de risco, associado à falta aos fatores considerados de proteção (KYLE, 2019; ZAREI; JOULAEI, 2018).

No que tange aos fatores de proteção, estudos recentes avaliaram a relação entre religiosidade, espiritualidade e o comportamento suicida. A religiosidade é associada com maior resiliência, melhor qualidade de vida, e menos tentativas de suicídio prévias em pacientes com depressão (LAWRENCE; OQUENDO; STANLEY,

2016; MOSQUEIRO; DA ROCHA; FLECK, 2015). Embora haja uma considerável sobreposição entre as noções de espiritualidade e religiosidade, esta se difere da primeira pelo envolvimento de um sistema de crenças ou doutrinas específicas, que é partilha por um grupo através de determinada religião. O conceito de espiritualidade é mais amplo, não está necessariamente ligada a uma religião. Embora não haja definição única do conceito de espiritualidade, tem sido proposta uma dimensão vertical (transcendental e/ou ligada ao sagrado) e uma transversal (propósito e significado na vida) (BRADY et al., 1999; PETERSON; JOHNSON; TENZEK, 2010; PUCHALSKI et al., 2009; WHITFORD; OLVER, 2012). Uma das mais utilizadas na literatura é a que foi descrita em consenso prévio por Puchalski e colaboradores (2009), em que a espiritualidade é um aspecto dinâmico da humanidade, que se refere ao modo que cada indivíduo busca e expressa sentido e propósito, e como experencia sua conexão com o momento atual, consigo próprio, com os outros, natureza e ao que considera ser significativo ou sagrado.

Muitos estudos demonstraram associações significativas entre espiritualidade e saúde (física e mental), especialmente em indivíduos portadores de doenças crônicas. Na maioria dos trabalhos, a espiritualidade é considerada um recurso positivo, que pode modular o enfrentamento de problemas de saúde. Além disso, maior espiritualidade tem sido descrito como um fator de proteção em relação ao desenvolvimento de transtornos mentais e risco de cometer suicídio na população em geral (LAWRENCE; OQUENDO; STANLEY, 2016; WHITFORD; OLVER, 2012).

Em pesquisas clínicas que envolvem espiritualidade, um dos instrumentos validados mais utilizados é o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well -Being (FACIT -Sp)*, Este questionário tem validação internacional e brasileira, especialmente em pacientes oncológicos e portadores de HIV/Aids (LUCCHETTI et al., 2015; MUNOZ et al., 2016; PETERMAN et al., 2002). Ele permite mensurar o bem-estar espiritual (BEE) através de uma pontuação total e de cada uma das seguintes dimensões que fazem parte do seu constructo: sensação de paz (paz ou conforto interior), busca de sentido ou propósito e fé (ou crença espiritual) (LUCCHETTI et al., 2015; PETERMAN et al., 2002).

Há poucos estudos sobre espiritualidade como possível fator de proteção para RS entre PVHIV. Contudo, não encontramos estudos na população brasileira.

Como a espiritualidade é considerada um potencial fator de proteção para RS em outras populações (KOPACZ; SILVER; BOSSARTE, 2014; KYLE, 2019; PUCHALSKI et al., 2009), nós hipotetizamos que um maior BEE seria considerado um importante preditor para menor risco de cometer suicídio em PVHIV.

2 OBJETIVO

Investigar a relação entre BEE e RS em PVHIV em acompanhamento ambulatorial.

3 REVISÃO DE LITERATURA

3.1 DEPRESSÃO EM PVHIV

3.1.1 Epidemiologia

Depressão é o transtorno mental mais comum entre os PVHIV, acarretando em piora substancial na qualidade de vida desses pacientes (NANNI et al., 2015). Sua prevalência chega a ser 2 vezes maior quando comparada à de indivíduos não portadores de infecção pelo HIV (CIESLA; ROBERTS, 2001).

Atualmente, a literatura aponta para uma maior prevalência de EDM na fase avançada da infecção pelo HIV. Porém, sua manifestação é descrita em todas as fases da doença, ressaltando a importância de constante avaliação dos PVHIV para sintomas depressivos (WATKINS; TREISMAN, 2012).

Depressão é amplamente reconhecida como um importante preditor de piores desfechos clínicos nos PVHIV, levando à menores taxas de adesão à TAARV, diminuição da qualidade de vida e aumento de mortalidade (NANNI et al., 2015).

3.1.2 Fatores de Risco

Muitos fatores são descritos como preditores de maior risco para desenvolvimento de depressão em PVHIV. Um dos principais fatores preditores de episódios futuros de depressão é história prévia de EDM. Portanto, qualquer PVHIV que tenha sofrido de EDM em qualquer momento de sua vida no passado, apresenta maior risco de desenvolver depressão. Entre outros, estão descritos isolamento social, estigmatização e discriminação da doença, falta de suporte social, idade maior que 50 anos e gênero feminino (FULK et al., 2004; NANNI et al., 2015).

3.2 SUICIDALIDADE EM PVHIV

3.2.1 Introdução

Atualmente, a questão envolvendo o suicídio, desde a ideação até sua compleição é encarada como uma crise global. Ideação suicida, tentativas de suicídio e sua compleição são comuns entre os PVHIV (TOLENTINO JUNIOR et al., 2020). Sendo que as taxas de suicídio consumado chegam a ser de 3 a 5 vezes maiores nos PVHIV, quando comparadas com a população em geral (SHIREY, 2013).

Houve redução das taxas de suicídio desde 1990 após uma combinação do advento da TAARV, associada ao aumento da expectativa de vida. De modo que suas taxas são atualmente equivalentes à da população vivendo com doenças crônicas, como doença renal estágio final, câncer e doenças do sistema nervoso central. Entretanto, a taxa de suicídio permanece alta entre os PVHIV, suscitando a necessidade da estratificação e avaliação do RS nessa população pelos profissionais de saúde (KEISER et al., 2010; SHIREY, 2013).

3.2.2 Fatores de Risco

Ideação suicida, tentativa de suicídio e comportamento suicida são comuns em pacientes vivendo com HIV (PVHIV). Em até 90% dos casos é esperado encontrar um transtorno mental naqueles que cometeram suicídio, sendo a depressão o transtorno de humor mais associado. Neste sentido, a depressão é considerada um fator de risco muito importante na suicidalidade entre PVHIV (CARRIERI et al., 2017; NANNI et al., 2015). Além disso, a depressão é muito prevalente entre indivíduos com infecção pelo HIV e, quando comparada à população geral, é cerca de duas a quatro vezes maior (NANNI et al., 2015). Kang e colaboradores (2016) analisaram fatores de RS em PVHIV e identificou a depressão como o fator de risco com maior associação à ideação suicida. Além de depressão, diversos outros fatores de risco são descritos, como dependência de álcool e outras drogas psicoativas, baixo suporte social/familiar, isolamento social, passado de tentativa de suicídio, experiência de trauma, abuso ou discriminação (Quadro 1). O

suicídio é considerado como um transtorno multidimensional, em que o ato consumado é resultante de uma interação complexa entre seus fatores de risco, associado à uma falta de acesso aos fatores considerados proteção (KYLE, 2019; ZAREI; JOULAEI, 2018).

Quadro 1 - Fatores de Risco para RS entre os PVHIV

- Diagnóstico de Transtorno psiquiátrico, especialmente EDM
- Progressão de doença no HIV
- Baixa contagem de células CD4 (< 200 células)
- Falta de suporte familiar
- Experiência prévia de discriminação em diversos contextos social
- Isolamento social, expresso em sentimento de solidão
- Uso ativo de drogas

Fonte: Fatores de risco para RS entre os PVHIV. Adaptado de Tolentino Junior e colaboradores (2020).

Entre os fatores de proteção para RS em PVHIV estão elevado suporte psicossocial, TAARV ativa, aconselhamento e contato com associações de PVHIV, crenças religiosas e qualidade de vida elevada (TOLENTINO JUNIOR et al., 2020) (Quadro 2). Nas últimas décadas, além da religiosidade, diversos estudos vêm estudando espiritualidade como fator de proteção para RS em outras populações (CURRIER; KUHLMAN; SMITH, 2015; KYLE, 2013, 2019; MUELLER; PLEVAK; RUMMANS, 2001; RASIC et al., 2009).

Quadro 2 - Fatores de proteção para RS em PVHIV

- Elevado suporte psicossocial
- TAARV ativa
- Crenças religiosas
- Elevada qualidade de vida

Fonte: Fatores de risco para RS entre os PVHIV. Adaptado de Tolentino Junior e colaboradores (2020).

3.3 ESPIRITUALIDADE

3.3.1 Definições e Conceitos Gerais

Estudos têm demonstrado o papel benéfico da espiritualidade na saúde física e mental em pacientes vivendo com doenças crônicas, como câncer, pacientes em cuidados paliativos e HIV (MUNOZ et al., 2016; TSEVAT, 2006). Sendo a espiritualidade considerada uma fonte essencial na forma como os pacientes encaram a doença, além de ser considerada um componente importante associado a melhor qualidade de vida nesses pacientes (LUCCHETTI et al., 2015).

A literatura salienta a distinção entre espiritualidade e religiosidade, visto que a última pode ser definida como “participação em um sistema organizado ou não de crenças, rituais e atividades de uma religião tradicional” (BRADY et al., 1999). O conceito de religiosidade advém do sentido da prática de uma determinada religião, sendo que esta pode ser entendida como um construto envolvendo crenças, dogmas, cerimônias e rituais institucionais, derivados de tradições estabelecidas que se desenvolveram dentro de uma comunidade (PRÉCOMA et al., 2019). A religião facilita a aproximação do indivíduo com o transcendente e ajuda a promover um senso próprio de compreensão e responsabilidade na convivência em sociedade (LUCCHESI; KOENIG, 2013). No entanto, espiritualidade vem sendo preferida por ser mais inclusiva e universal, sendo uma “experiência subjetiva que pode existir tanto dentro quanto fora do contexto dos sistemas religiosos tradicionais” (BRADY et al., 1999).

Atualmente, se discutem os mecanismos sobre os quais o BEE poderia levar a essa melhora na qualidade de vida nessa população. Wagani e Colucci (2018) discorrem em seus estudos sobre possíveis mecanismos em que a espiritualidade estaria ligada à saúde e melhor qualidade de vida. Entre os principais mecanismos citados seria sua grande influência nos aspectos psicológicos. Principalmente, ao fornecer um sentido e propósito à vida, ajudando a lidar melhor com sua doença e fatores estressantes. Nesse sentido, também há a linha que advoga que espiritualidade fornece um encontro com o Eu interior, em que a espiritualidade poderia ser vista como a jornada na qual o indivíduo alcançaria o um bem-estar através de diversas conquistas, como o desenvolvimento próprio, conexão com o sagrado e Deus. Outros mecanismos também são descritos diminuição do

isolamento social, através de maior integração social com o meio em que vivem, e pelo fato de serem evitados comportamentos nocivos à saúde, como abuso de drogas, promiscuidade (WAGANI; COLUCCI, 2018).

Por ser um conceito abstrato e envolver a individualidade de cada paciente na sua construção, é difícil estabelecer uma definição única para espiritualidade. Porém uma das definições mais utilizadas é a proposta por Puchalski e colaboradores (2009) que “Espiritualidade é um aspecto da humanidade, na qual se refere ao meio que indivíduos procuram e expressam propósito e sentido em suas vidas. Além da forma que esses experienciam a conexão com o momento presente, a si mesmo, aos outros, à natureza e ao sagrado” (PUCHALSKI et al., 2009).

Em pesquisas clínicas que envolvem espiritualidade, um dos instrumentos validados mais utilizados é o *Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp)*. Este questionário tem validação internacional e brasileira (LUCCHETTI et al., 2015; MUNOZ et al., 2016; PETERMAN et al., 2002). No artigo de validação inicial (PETERMAN et al., 2002), a população (n=1617) foi composta de indivíduos com câncer (83%) e PVHIV (17%). Este questionário foi elaborado e desenvolvido a partir de contribuições fornecidas por pacientes com câncer, psicoterapeutas e especialistas em religião/espiritualidade, que foram questionados para descrever os aspectos da espiritualidade e/ou fé que contribuiriam para melhor qualidade de vida (PETERMAN et al., 2002). Ele é composto por 12 afirmações em que o paciente deve informar o quanto concorda com cada afirmativa, levando em consideração os últimos 7 dias. É usada uma escala de 5 itens para medir a resposta, variando de “Nem um pouco” (0 pontos) a “Muitíssimo” (4 pontos) (BRADY et al., 1999; PETERMAN et al., 2002). Dessa forma permite mensurar o BEE através de uma pontuação total e de cada uma das seguintes dimensões que fazem parte do seu constructo: sensação de paz (paz ou conforto interior), busca de sentido ou propósito e fé (ou crença espiritual) (LUCCHETTI et al., 2015; PETERMAN et al., 2002). Quanto maior a pontuação da soma dos 12 itens, mais elevado o sentimento de BEE. Foi proposto por McClain, Rosenfeld e Breitbart que indivíduos com escore ≥ 36 pontos seriam considerados como apresentando “alto BEE” (McCLAIN; ROSENFELD; BREITBART, 2003 apud MUNOZ et al., 2016).

3.4 ESPIRITUALIDADE E RS EM PVHIV

Estudos prévios apontam para a associação entre BEE e níveis menores de sintomas depressivos (YI et al., 2006), maior suporte social, maior resiliência, formas mais efetivas de como lidar com a doença, sentimento de sentido e propósito na vida e melhor qualidade de vida em PVHIV (TUCK; McCAIN; ELSWICK, 2001). Portanto, vários estudos procuraram avaliar o potencial efeito da espiritualidade na prevenção de suicídio nessa população.

4 MÉTODO

4.1 DELINEAMENTO DA PESQUISA

O presente estudo teve aprovação no Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (HUGG) sob número de CAAE: 84685618.9.0000.5258.

Trata-se de um estudo observacional e transversal. A amostra de conveniência foi composta de PVHIV em acompanhamento no ambulatório de imunologia do HUGG. Após a consulta médica regular no ambulatório de Imunologia, os pacientes foram convidados para participar do presente estudo através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido - TCLE (APÊNDICE A). A coleta de dados se deu no período de março de 2019 a janeiro de 2020, período que contempla o ingresso no grupo de pesquisa, mesmo antes da matrícula na pós-graduação. Caso estivessem de acordo, através da assinatura do TCLE, eram encaminhados para uma sala de atendimento ambulatorial para que fossem submetidos ao protocolo desta pesquisa através de realização dos seguintes instrumentos clínicos (questionários): 1) Ficha com fatores sócio-demográficos (APÊNDICE B), que inclui informações sobre sexo, escolaridade, etnia, uso de TAARV, religião, entre outros; 2) Aplicação da entrevista M.I.N.I (*Mini International Neuropsychiatric Interview Brazilian version 5.0*) para avaliação de Episódio depressivo maior (EDM) (ANEXO A) e RS (baixo, moderado e alto) (AMORIM, 2000) (AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION, 2014) - (ANEXO B). 3) *FACIT -Sp* (ANEXO C), para avaliação do BEE (PETERMAN et al., 2002).

4.1.1 Critérios de inclusão

Homens e mulheres portadores de HIV/Aids, em acompanhamento ambulatorial no HUGG; idade entre 20 e 70 anos; compreender e assinar o TCLE (APÊNDICE A).

4.1.2 Critérios de exclusão

Foram excluídos PVHIV com incapacidade de preenchimento ou compreensão dos questionários e presença de possível doença que possa gerar alteração cognitiva ou de comportamento. Com isso, foram excluídos os pacientes em vigência de doenças oportunistas nos últimos 3 meses; portadores de hepatite B ou C (pela possibilidade de ter hepatopatia crônica e, conseqüentemente, algum grau de encefalopatia hepática) ou; diagnóstico de doença com acometimento do sistema nervoso central.

4.2 AVALIAÇÃO DO EDM E RS PELO MINI INTERNATIONAL NEUROPSYCHIATRIC INTERVIEW (MINI)

O MINI é um questionário amplamente difundido, de rápida utilização, que pode ser facilmente administrado por entrevistadores treinados. Sua aplicação completa demora de 15 a 30 minutos e apresenta alta sensibilidade e especificidade para identificação do EDM, de acordo com os critérios diagnósticos da quarta edição do Manual de Diagnóstico e Estatística dos Transtornos Mentais (DSM-IV) e da décima revisão da Classificação Estatística Internacional de Doenças e Problemas Relacionados à Saúde (CID) (AMORIM, 2000). Pode ser usado na população geral e na PVHIV (CHOI et al., 2015). A avaliação do questionário ocorre por meio de perguntas que apresentam como opções de resposta apenas “sim” e “não”. Inicialmente o paciente é questionado sobre como se sentiu nas últimas duas semanas, com as duas primeiras perguntas se relacionando aos critérios obrigatórios (critérios maiores) para diagnóstico do EDM. Em seguida, há sete perguntas que envolvem os critérios menores. Para o diagnóstico de episódio depressivo maior atual, o paciente precisa responder “sim” a pelo menos 2 critérios maiores e 3 menores ou 1 maior e 4 menores (LECRUBIER et al., 1992).

O questionário MINI para avaliação de RS possui sua aplicação de forma semelhante à do EDM. Suas perguntas também apresentam como opções de resposta apenas “sim” e “não”, entretanto há diferentes pontuações para resposta afirmativa dependendo da questão. É composto por 6 perguntas que abordam o pensamento suicida, desde se há ideação até se já houve tentativa de suicídio. No

caso de afirmação negativa à todas às perguntas, estaria descartado o RS. Porém, já com somente uma pontuação positiva, está definida a presença de RS. No entanto, o somatório da pontuação de acordo com as questões determinará a estratificação dentro do RS - variando entre baixo, moderado e alto (LECRUBIER et al., 1992).

4.3 AVALIAÇÃO DO BEE PELO FACIT-Sp

O questionário FACIT-Sp é um questionário que busca avaliar BEE, independente de crença religiosa (PETERMAN et al., 2002). Ele é um dos instrumentos validados mais amplamente utilizados em pesquisa clínica, especialmente em pacientes oncológicos e PVHIV (MONOD et al., 2011; PETERMAN et al., 2002) - sendo composto de 12 itens, em que o paciente deve informar o quanto concorda com cada afirmativa, levando em consideração os últimos 7 dias. É usada uma escala de 5 itens para medir a resposta, variando de “Nem um pouco” (0 pontos) a “Muitíssimo” (4 pontos) (BRADY et al., 1999; PETERMAN et al., 2002). Este instrumento teve suas propriedades psicométricas validadas para o português brasileiro inicialmente em 2013 (LUCCHETTI et al., 2015). Ela apresenta três dimensões, uma que permite avaliação de “sentido ou propósito” (itens 2, 3, 5 e 8), uma dimensão de “paz” (itens 1, 4, 6 e 7) e outra relacionada a “fé”, através dos itens 9 a 12. A literatura atual propõe que indivíduos com um escore ≥ 36 pontos seriam considerados como portando “alto BEE” (McCLAIN; ROSENFELD; BREITBART, 2003 apud MUNOZ et al., 2016).

4.4 ANÁLISE ESTATÍSTICA

Para análise estatística foi utilizado o programa SPSS 25.0[®]. Foram calculadas as prevalências de EDM, RS e dos fatores sociodemográficos, com seus respectivos intervalos de 95% de confiança (IC95%). Os resultados das variáveis, incluindo as obtidas no FACIT-Sp-12, foram expressos em média, desvio padrão, mediana, intervalos interquartis ou proporções. A distribuição das variáveis foi analisada por histograma e teste de Normalidade *Kolmogorov-Smirnov*. Para a

comparação entre as amostras independentes, foram utilizados o teste *t* de *Student* para as variáveis contínuas com distribuição normal ou o teste não paramétrico de *MannWhitney* para variáveis contínuas sem distribuição normal. Teste qui-quadrado será empregado para analisar a associação entre variáveis categóricas (como RS e alto BEE).

Foi utilizada regressão logística binomial para RS (sim e não). Neste modelo de regressão foram incluídas as seguintes variáveis: sexo, idade, afiliação religiosa e FACIT-Sp. Foi utilizado o método “enter”, visto que não há estudos prévios em que tenha sido utilizado um modelo de regressão semelhante. Como é recomendado que se tenha em torno de 20 sujeitos de pesquisa para cada variável independente nesta análise de regressão (HAIR et al., 2014), foram incluídas 5 variáveis independentes. A escolha de sexo e idade foi baseada em estudos prévios em que estas foram consideradas variáveis significantes para RS em PVHIV (CARRIERI et al., 2017). Além da pontuação total do FACIT-Sp (avaliação da espiritualidade), afiliação religiosa foi inserida neste modelo para se avaliar se esta variável que poderia contribuir significativamente neste modelo. Nagelkerke R^2 foi calculado para estimar a variância explicada da variável dependente (RS) e o teste de Wald foi usado para determinar a significância estatística de cada variável independente. A probabilidade *F* foi considerada significativa (se $\leq 0,05$).

A confiabilidade e consistência interna do FACIT-Sp na amostra deste estudo foi avaliada através da análise do alfa de Cronbach (α) (CRONBACH, 1951). O valor mínimo aceitável para o alfa é 0,70 (STREINER, 2003).

Toda análise estatística foi realizada através do *software* SPSS, versão 25 (IBM Corp, 2017) e adotado como nível de significância valores de $p \leq 0,05$.

5 RESULTADOS

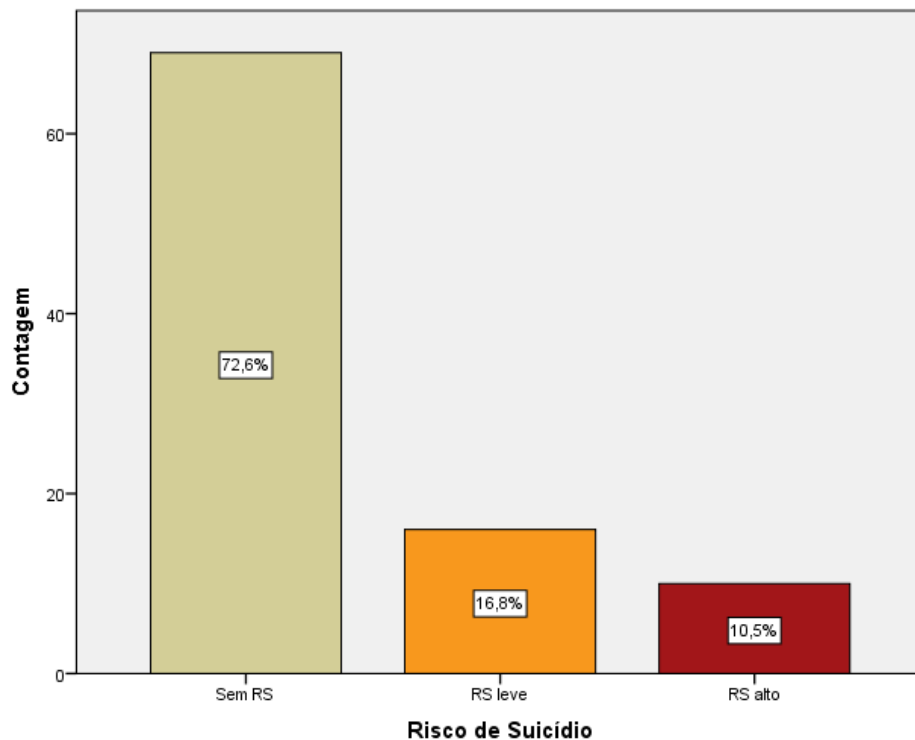
Dos 104 PVHI que preencheram o protocolo de pesquisa, foram incluídos 95 participantes. Foram excluídos 9 participantes do estudo, devido história de hepatite B ou C (n= 2), não estarem em uso de TAARV (n=6) e 1 por ser considerado um *outlier*.

Na amostra estudada foi observada predominância do sexo masculino (n=58, 61,1%). A idade dos participantes variou entre 23 e 68 anos, com média de $46,0 \pm 10,3$ anos. O tempo de diagnóstico da infecção pelo HIV foi $11,2 \pm 6,4$ anos.

A maioria dos participantes relataram acreditar em Deus (94,5%) e ter afiliação religiosa (n = 69, 72,5%). Na amostra estudada, o FACIT-Sp apresentou alta confiabilidade interna ($\alpha = 0,921$). O escore total médio do FACIT-Sp foi de 36,9 pontos e 66,7% apresentaram alto BEE.

Através da aplicação do MINI para avaliação de RS, foram detectados 27 (28%) pacientes com RS. Destes 16 apresentaram risco leve e 10 tinham RS grave (Gráfico 1). Quinze participantes (16,5%) relataram tentativas prévias de suicídio. Entre os participantes que relataram tentativas prévias de suicídio (n=15), quase todos apresentaram RS atual (n=14; 93,3%).

Gráfico 1 - Diagnóstico e gravidade de RS de suicídio em PVHIV



As mulheres apresentaram risco significativamente maior para EDM (OR = 4,667; IC95%:1,733-12,569; $p=0,002$) e RS (OR=4,08; IC95%:1,595-10,437; $p=0,003$) em relação aos homens.

Foram diagnosticados 24 pacientes (25,3%) com EDM. Entre estes pacientes, a maioria apresentou RS ($n = 18$, 75%). Além disso, 66,7% dos pacientes em que foi detectado risco de cometer suicídio preencheram critérios para EDM.

Entre aqueles sem e com RS foi observada pontuação total do FACIT-Sp de $40,6 \pm 7,5$ pontos e $25,5 \pm 13,8$ pontos ($p < 0,001$), respectivamente (Gráfico 2). Na análise das dimensões do FACIT-Sp (paz, sentido/propósito e fé), os valores também foram significativamente maiores ($p < 0,001$) nos participantes sem RS em comparação com aqueles com RS (Tabela 1). Entre o grupo com alto BEE foi observada em torno de 90% menor chance de ter RS (OR=0,103; IC95%:0,036-0,291; $p < 0,001$).

Gráfico 2 - Comparação da pontuação total do FACIT-Sp em pacientes sem e com RS

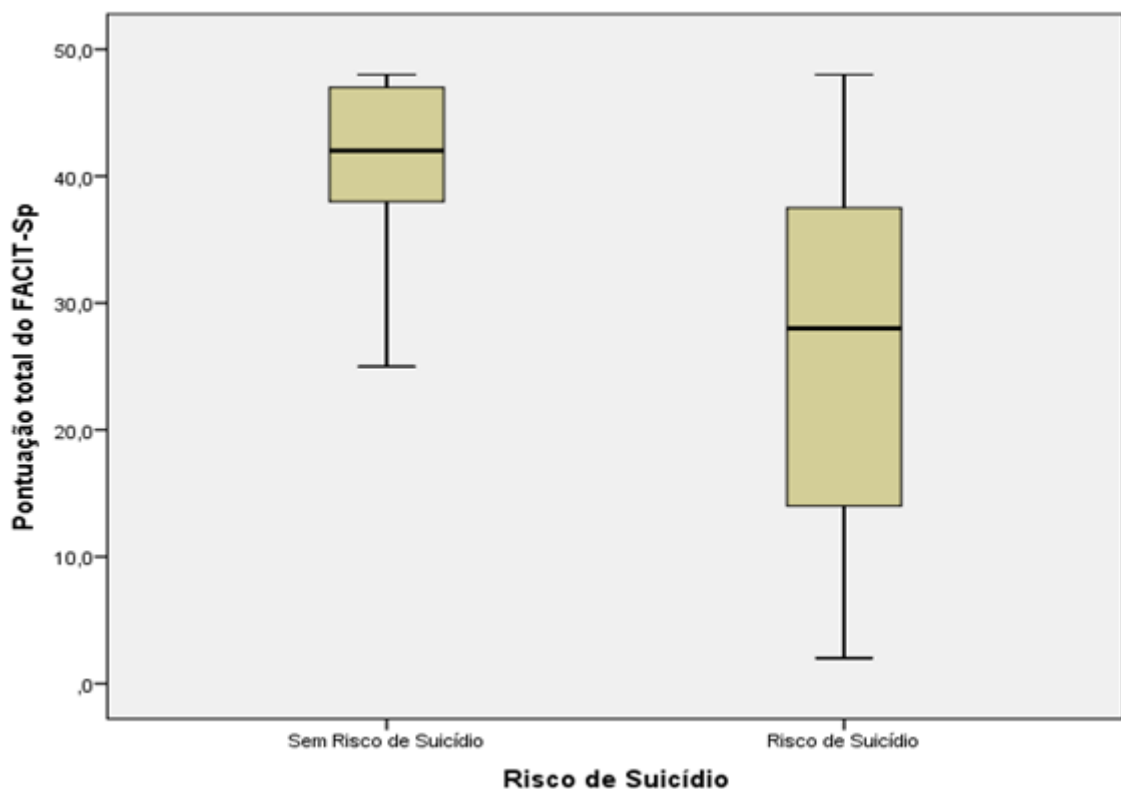


Tabela 1 - Comparação dos valores das dimensões do FACIT-Sp entre PVHIV sem e com RS

Pontuação do FACIT-Sp e suas dimensões	Sem RS (n= 71)	RS (n= 27)	Valor de p
Paz, Média (DP)	13,4 (3,4)	6,9 (5,4)	< 0,001
Sentido/Propósito, Média (DP)	14,3 (2,4)	8,8 (5,1)	< 0,001
Fé, Média (DP)	12,9 (3,6)	9,8 (4,5)	0,001

No modelo de regressão logística foram incluídos idade, sexo, afiliação religiosa e pontuação do FACIT-Sp como variáveis independentes para RS (Tabela 2). As únicas variáveis confiáveis (com significância estatística) para RS foram a pontuação total do FACIT-Sp (OR= 0,859; IC95% 0,800-0,921; $p < 0,001$) e sexo feminino (OR= 4,272; IC95%= 1,216-15,003; $p < 0,02$). Este modelo foi significativo [$\chi^2(1)=44,0$; $p < 0,001$], explicando 53,2% (Nagelkerke R²) da variância e classificando corretamente 86,3% dos casos.

Tabela 2 - Comparação das variáveis incluídas no modelo de regressão para RS entre PVHIV

PVHIV	Sem RS (n= 71)	RS (n= 27)	Valor de p
Sexo feminino, n (%)	22 (32,3%)	17 (63,0%)	0,01
Idade (anos), Média (DP)	47,9 (11,9)	43,5 (8,8)	0,08
Afiliação religiosa, n (%)	52 (74,3%)	19 (70,3%)	0,8
FACIT-Sp (pontuação), Média (DP) ^a	40,7 (7,4)	25,5 (13,8)	<0,001

Legenda: PVHIV= Pessoas vivendo com HIV; DP= desvio-padrão; p= valor de prova.

6 DISCUSSÃO

No presente estudo foi investigada a relação entre espiritualidade e RS nos PVHIV em acompanhamento ambulatorial. Foi observado que o BEE foi associado à menor RS nessa amostra. Maior BEE foi considerado fator de proteção para RS entre os PVHIV. Além disso, no grupo de participantes com RS um alto BEE foi associado a uma menor chance para risco de cometer suicídio.

Nós encontramos alta prevalência de RS entre os PVIHIV (28,4%). Em estudo nacional realizado em 2012 com 211 PVIHIV na Universidade Católica de Pelotas - RS, foi encontrado 34,1% de indivíduos com RS - achado que vai de encontro com o atual estudo (PASSOS; SOUZA; SPESSATO, 2014). Porém, um grande estudo europeu, realizado com 2973 PVHIV de 73 hospitais franceses, mostrou uma prevalência de 6,3% de RS (CARRIERI et al., 2017). Esta prevalência menor poderia ser explicada por um maior acesso a políticas públicas de saúde e assistência social, acarretando um melhor controle do status imunológico e uma menor percepção de discriminação/menor suporte social, respectivamente.

Dentre a população estudada, 25,3% preencheram critérios para EDM e a maioria desses indivíduos apresentou RS. Este resultado está em acordo com a literatura, em que depressão tem sido considerado como principal transtorno psiquiátrico, associado ao risco de cometer suicídio nessa população (KALICHMAN et al., 2000; KANG et al., 2016; KEISER et al., 2010). Neste estudo observou-se uma prevalência relativamente menor de depressão, quando comparada com a prevalência estimada em 42% à nível global de PVHIV (NANNI et al., 2015). Porém, este número aumentou significativamente entre os pacientes com RS, já que 66,7% deles preenchiam critério para EDM. Este resultado é corroborado por Kalichman e colaboradores (2000) no qual os participantes que apresentavam RS possuíam níveis significativamente maiores da depressão quando comparado com o grupo que não possuía RS, representado por 68% e 16%, respectivamente.

Neste estudo, o sexo feminino foi associado a maior RS. Isso está de acordo com estudos em que PVHIV do sexo feminino apresentam maior RS em comparação com os homens (CARRIERI et al., 2017). Apesar de não terem sido encontrados outros estudos em que o sexo tenha sido incluído em um modelo com idade, afiliação religiosa e espiritualidade, uma possível explicação para o sexo feminino ter sido considerado uma variável associada a maior RS na população

analisada foi sua associação significativa maior com depressão, que é considerado o fator mais associado ao risco de cometer suicídio em PVHIV (CARRIERI et al., 2017). Outra possível razão seria devido à grande estigmatização envolvendo a doença, a qual leva às mulheres a uma percepção de discriminação maior, que acarreta em isolamento social, demora a procurar atendimento de saúde e limitação nas interações sociais com amigos e família. Portanto, mulheres vivendo com HIV sofrem com maiores níveis de depressão, menor suporte psicossocial e piores níveis de qualidade de vida quando comparado com homens vivendo com HIV (PETERSON; JOHNSON; TENZEK, 2010). Em nossos resultados, a idade não foi preditora de RS, o que contrasta com dados da literatura nos quais a prevalência do RS foi maior nos pacientes mais jovens com diagnóstico de HIV/Aids (CARRIERI et al., 2017; SCHLEBUSCH; GOVENDER, 2012).

A espiritualidade foi a variável mais significativamente relacionada ao RS na nossa amostra, em que um maior BEE foi associado a menor RS em PVHIV. Além disso, foi encontrado um número significativamente maior de PVHIV com alto BEE entre aqueles sem RS. Logo, a espiritualidade foi considerada um fator de proteção contra RS em PVHIV. Nossos resultados podem ter as seguintes explicações: primeiro, maior espiritualidade tem sido associada a melhor adaptação psicológica e resiliência no enfrentamento de doenças crônicas como HIV/Aids (KYLE, 2019); segundo, maior espiritualidade e melhor suporte e aceitação sociais (PETERSON; JOHNSON; TENZEK, 2010); terceiro, crenças espirituais são fatores de grande relevância na prevenção de ideação suicida (ZAREI; JOULAEI, 2018). Por fim, como todas as dimensões da espiritualidade apresentaram pontuações significativamente naqueles sem RS, é possível que a sensação de paz interior, percepção de sentido e propósito em face a uma doença crônica com HIV/Aids e fé pessoal tem impactado conjuntamente em um maior BEE entre PVHIV em RS. Afiliação religiosa não foi preditora de RS na nossa amostra. Este dado corrobora o fato de religião ter um constructo diferente de espiritualidade e fé ser mais subjetivo e profundo do que afiliação religiosa (PAUL VICTOR; TRESCHUK, 2020; UNANTENNE et al., 2013).

Este estudo tem a limitação de ter sido realizado em apenas um centro de atendimento. Portanto, pode não ser representativa de toda população de PVHIV no Brasil, visto a heterogeneidade do atendimento fornecido em todo país aos pacientes portadores de HIV/Aids. Contudo, este estudo fornece dados novos da

importância da espiritualidade na prevenção de suicídio em PVHIV pertencente à população brasileira.

Os resultados deste estudo alertam para a importância do rastreio de RS em PVHIV em acompanhamento ambulatorial. Além disso, diante da importância da espiritualidade como fator de proteção ao risco de cometer suicídio, este estudo reforça a necessidade para realização da anamnese espiritual nessa população (PRÉCOMA et al., 2019).

7 CONCLUSÕES

Espiritualidade foi significativamente associada ao RS entre PVHIV em acompanhamento ambulatorial. Um maior BEE foi considerado fator de proteção para RS no presente estudo.

Sugerimos a realização de futuros estudos com foco em intervenções que incluam a espiritualidade em PVHIV e medidas que ajudem na promoção de maior BEE nos pacientes portadores de HIV/Aids em acompanhamento ambulatorial. De acordo com os nossos resultados, essas medidas poderiam impactar em menor risco de cometer suicídio nessa população.

REFERÊNCIAS

AMERICAN PSYCHIATRIC ASSOCIATION. **DSM-5 - Manual diagnóstico e estatístico de transtornos mentais**. [s.l: s.n.], 2014.

AMORIM, P. Mini International Neuropsychiatric Interview (MINI): validação de entrevista breve para diagnóstico de transtornos mentais. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 22, n. 3, p. 106-115, 2000.

BOTEGA, N.J. Comportamento suicida: Epidemiologia. **Psicologia USP**, [S.l.], v. 25, n. 3, p. 231-236, 2014.

BOTEGA, N.J. Suicide: moving away umbrage towards a National Prevention Plan. **Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 29, n. 1, p. 7-8, 2007.

BRADY, M.J. et al. A case for including spirituality in quality of life measurement in oncology. **Psycho-Oncology**, [S.l.], v. 8, n. 5, p. 417-428, 1999.

CARRIERI, M.P. et al. Suicide risk in a representative sample of people receiving HIV care: Time to target most-at-risk populations (ANRS VESPA2 French national survey). **PLoS ONE**, [S.l.], v. 12, n. 2, p. 1-14, 2017.

CHOI, S.K.Y. et al. Validation of six short and ultra-short screening instruments for depression for people living with HIV in Ontario: Results from the Ontario HIV treatment network cohort study. **PLoS ONE**, [S.l.], v. 10, n. 11, p. 1-20, 2015.

CIESLA, J.A.; ROBERTS, J.E. Meta-analysis of the relationship between HIV infection and risk for depressive disorders. **American Journal of Psychiatry**, [S.l.], v. 158, n. 5, p. 725-730, 2001.

CRONBACH, L.J. Coefficient alpha and the internal structure of test. **Psychometrika**, 1951.

CURRIER, J.M.; KUHLMAN, S.; SMITH, P.N. Spirituality, meaning, and suicide. **Spirituality in Clinical Practice**, [S.l.], v. 2, n. 1, p. 82-83, 2015.

FULK, L.J. et al. Depression in HIV-infected patients: Allopathic, complementary, and alternative treatments. **Journal of Psychosomatic Research**, [S.l.], v. 57, n. 4, p. 339-351, 2004.

HAIR J.F. et al. **Multivariate Data Analysis**. 7th ed, 2014.

KALICHMAN, S.C. et al. Depression and thoughts of suicide among middle-aged and older persons living with HIV-AIDS. **Psychiatric Services**, [S.l.], v. 51, n. 7, p. 903-907, 2000.

KANG, C.R. et al. Suicidal ideation and suicide attempts among human immunodeficiency virus-infected adults: Differences in risk factors and their implications. **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, [S.l.], v. 28, n. 3, p. 306-313, 2016.

KEISER, O. et al. Suicide in HIV-Infected individuals and the General population in Switzerland, 1988-2008. **American Journal of Psychiatry**, [S.l.], v. 167, n. 2, p. 143-150, 2010.

KOPACZ, M.S.; SILVER, E.; BOSSARTE, R.M. A Position Article for Applying Spirituality to Suicide Prevention. **Journal of Spirituality in Mental Health**, [S.l.], v. 16, n. 2, p. 133-146, 2014.

KYLE, J. Spirituality as a Protector of Reduced Suicide Risk in a Religiously and Ethnically Diverse Youth Sample. **Journal of Consulting and Clinical Psychology**, [S.l.], v. 68, p. 371-377, 2019.

KYLE, J. Spirituality: Its Role as a Mediating Protective Factor in Youth at Risk for Suicide. **Journal of Spirituality in Mental Health**, [S.l.], v. 15, p. 47-67, 2013.

LAWRENCE, R. E.; OQUENDO, M. A.; STANLEY, B. Religion and Suicide Risk: A Systematic Review. **Archives of Suicide Research**, [S.l.], v. 20, n. 1, p. 1-21, 2016.

LECRUBIER, Y. et al. Mini International Neuropsychiatric Interview: Brazilian version 5.0.0. 1992.

LUCCHESI, F. A.; KOENIG, H. G. Religião, espiritualidade e doença cardiovascular: Pesquisa, implicações clínicas e oportunidades no Brasil. **Brazilian Journal of Cardiovascular Surgery**, [S.l.], v. 28, n. 1, p. 103-128, 2013.

LUCCHETTI, G. et al. Validation of the Portuguese Version of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy-Spiritual Well-Being Scale (FACIT-Sp 12) Among Brazilian Psychiatric Inpatients. **Journal of Religion and Health**, [S.l.], v. 54, n. 1, p. 112-121, 2015.

MACHADO, D.B.; DOS SANTOS, D.N. Suicídio no Brasil, de 2000 a 2012. **Jornal Brasileiro de Psiquiatria**, [S.l.], v. 64, n. 1, p. 45-54, 2015.

MONOD, S. et al. Instruments Measuring Spirituality in Clinical Research: A Systematic Review. **J Gen Intl Med**, [S.l.], v. 26, p. 1345-1357, 2011.

MOSQUEIRO, B.P.; DA ROCHA, N.S.; FLECK, M.P.D.A. Intrinsic religiosity, resilience, quality of life, and suicide risk in depressed inpatients. **Journal of Affective Disorders**, [S.l.], v. 179, p. 128-133, 2015.

MUELLER, P.S.; PLEVAK, D.J.; RUMMANS, T.A. Religious involvement, spirituality, and medicine: Implications for clinical practice. **Mayo Clinic Proceedings**, [S.l.], v. 76, n. 12, p. 1225-1235, 2001.

MUNOZ, A.R. et al. Reference Values of the Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being (FACIT-Sp-12): A Report from the American Cancer Society's Studies of Cancer Survivors. **Cancer**, [S.l.], v. 121, n. 11, p. 1838-1844, 2016.

NANNI, M.G. et al. Depression in HIV Infected Patients: A Review. **Current Psychiatry Reports**, [S.l.], v. 17, n. 1, p. 1-11, 2015.

PASSOS, S.M.K.; SOUZA, L.D.D.M.; SPESSATO, B.C. High prevalence of suicide risk in people living with HIV: Who is at higher risk? **AIDS Care - Psychological and Socio-Medical Aspects of AIDS/HIV**, [S.l.], v. 26, n. 11, p. 1379-1382, 2014.

PAUL VICTOR, C.G.; TRESCHUK, J.V. Critical Literature Review on the Definition Clarity of the Concept of Faith, Religion, and Spirituality. **Journal of Holistic Nursing**, [S.l.], v. 38, n. 1, p. 107-113, 2020.

PETERMAN, A.H. et al. Measuring spiritual well-being in people with cancer: The Functional Assessment of Chronic Illness Therapy - Spiritual Well-Being scale (FACIT-Sp). **Annals of Behavioral Medicine**, [S.l.], v. 24, n. 1, p. 49-58, 2002.

PETERSON, J.; JOHNSON, M.; TENZEK, K. Spirituality as a Life Line: Women Living With HIV/AIDS and the Role of Spirituality in Their Support System. **Journal of Interdisciplinary Feminist Thought**, [S.l.], v. 4, n. 1, p. 3, 2010.

PRÉCOMA, D.B. et al. Updated cardiovascular prevention guideline of the Brazilian society of cardiology - 2019. **Arquivos Brasileiros de Cardiologia**, [S.l.], v. 113, n. 4, p. 787-891, 2019.

PUCHALSKI, C. et al. Improving the quality of spiritual care as a dimension of palliative care: The report of the consensus conference. **Journal of Palliative Medicine**, [S.l.], v. 12, n. 10, p. 885-904, 2009.

RASIC, D.T. et al. Spirituality, religion and suicidal behavior in a nationally representative sample. **Journal of Affective Disorders**, [S.l.], v. 114, n. 1-3, p. 32-40, 2009.

SCHLEBUSCH, L.; GOVENDER, R.D. Age, gender and suicidal ideation following voluntary HIV counseling and testing. **Int J Environ Res Public Health**, [S.l.], v. 9, n. 2, p. 521-530, 2012.

SHIREY, K.G. Mental Health Practitioner's Guide to HIV/AIDS. **Mental Health Practitioner's Guide to HIV/AIDS**, [S.l.], p. 405-407, 2013.

STEFANELLO, S. et al. Gender differences in suicide attempts : preliminary results of the multisite intervention study on suicidal behavior (SUPRE-MISS) from Campinas, Brazil. **Diferenças entre os sexos nas tentativas de suicídio : resultados iniciais do estudo multicêntrico. Revista Brasileira de Psiquiatria**, São Paulo, v. 30, n. 2, p. 139-143, 2008.

STREINER, D.L. Being inconsistent about consistency: when coefficient alpha does and doesn't matter. **J Personality Assessment**, [S.l.], v. 80, p. 217-222. 2003.

TOLENTINO JUNIOR, J.C. et al. Spirituality in Suicide Prevention among People Living with HIV/AIDS - A Review. **Journal of Mood Disorders and Therapy**, [S.l.], v. 2, n. 2, p. 36-39, 2020.

TSEVAT, J. Spirituality/religion and quality of life in patients with HIV/AIDS. **Journal of General Internal Medicine**, [S.l.], v. 21, n. Suppl. 5, p. 3-4, 2006.

TUCK, I.; McCAIN, N.L.; ELSWICK Jr, R.K. Spirituality and psychosocial factors in persons living with HIV. **J Adv Nurs**, [S.l.], v. 33, n. 6, p. 776-83, 2001.

UNANTENNE, N. et al. The Strength to Cope: Spirituality and Faith in Chronic Disease. **Journal of Religion and Health**, [S.l.], v. 52, n. 4, p. 1147-1161, 2013.

WAGANI, R.; COLUCCI, E. Spirituality and wellbeing in the context of a study on suicide prevention in North India. **Religions**, v. 9, n. 6, p. 1–18, 2018.

WATKINS, C.C.; TREISMAN, G.J. Neuropsychiatric complications of aging with HIV. **Journal of NeuroVirology**, [S.l.], v. 18, n. 4, p. 277-290, 2012.

WHITFORD, H.S.; OLVER, I.N. The multidimensionality of spiritual wellbeing: Peace, meaning, and faith and their association with quality of life and coping in oncology. **Psycho-Oncology**, [S.l.], v. 21, n. 6, p. 602–610, 2012.

WHO. Multisite Intervention Study on Suicidal Behaviours - Supre-Miss : Protocol of Supre-Miss. **Management of Mental and Brain Disorders**, [S.l.], p. 97, 2002.

YI, M.S. et al. Religion, spirituality, and depressive symptoms in patients with HIV/AIDS. **Journal of General Internal Medicine**, [S.l.], v. 21, n. Suppl. 5, p. 21-27, 2006.

ZAREI, N.; JOULAEI, H. The Impact of perceived stigma, quality of life, and spiritual beliefs on suicidal ideations among HIV-positive patients. **AIDS Research and Treatment**, [S.l.], v. 2018, 2018.

APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE)

Você está sendo convidado (a) como voluntário (a) a participar da pesquisa “Relação entre bem-estar espiritual e risco de suicídio em pacientes HIV positivos”.

O motivo que nos leva a estudar este assunto é investigar o papel do bem-estar espiritual em pacientes soropositivos com risco de suicídio. Bem-estar espiritual é a sensação de bem-estar relacionado a encontrar um propósito ou sentido maior na vida que envolva valores e crença em algo Superior a todos nós (como Deus, Ser Superior, ou crença não apenas material). A pesquisa se justifica pelo fato de os índices de suicídio estarem crescendo em nosso país e tentarmos encontrar fatores considerados protetores aos sentimentos levem alguém a pensar na possibilidade de cometer suicídio. A coleta de dados será por aplicação de 4 questionários. Você terá que responder 1 questionário com perguntas gerais, outro para avaliar se você tem sintomas de depressão, um para verificar se existe pensamentos relacionado a suicídio e, por fim, um que permite avaliar bem-estar espiritual. O tempo estimado para preenchimento de todos os 4 questionários é de aproximadamente 30 minutos. Os preenchimentos destes questionários serão cuidadosamente orientados pelo pesquisador.

Você pode achar que determinadas perguntas incomodam a você, porque as informações que coletamos são sobre suas experiências pessoais. Assim você pode escolher não responder quaisquer perguntas que o façam sentir-se incomodado. Responder ao questionário não irá te causar nenhum risco. O único desconforto estará relacionado ao preenchimento dos questionários. Como benefício, você poderá ser encaminhado para um acompanhamento especializado, caso seja do seu interesse.

Você será esclarecido (a) sobre a pesquisa em qualquer aspecto que desejar. Você é livre para recusar-se a participar, retirar seu consentimento ou interromper a participação a qualquer momento. A sua participação é voluntária e a recusa em participar desta pesquisa ou optar por se retirar dela em qualquer momento, não irá acarretar em qualquer penalidade ou atrapalhar seu acompanhamento no ambulatório.

O pesquisador irá tratar a sua identidade com padrões profissionais de sigilo. Os resultados permanecerão confidenciais, porém a quebra de sigilo é um risco inerente. Seu nome ou o material que indique a sua participação não será liberado sem a sua permissão. Você não será identificado (a) em nenhuma publicação que possa resultar deste estudo. Uma folha deste consentimento informado será arquivada no Curso de Medicina da Escola de Medicina e Cirurgia e outra será fornecida a você.

Lembramos que você não receberá nenhuma quantia em dinheiro ou outros benefícios caso aceite participar da pesquisa, assim como não terá qualquer despesa.

Eu, _____
fui informada (o) dos objetivos da pesquisa acima de maneira clara e detalhada e esclareci minhas dúvidas. Sei que em qualquer momento poderei solicitar novas informações relacionada a este estudo. O pesquisador Julio Cesar Tolentino Jr. certificou-me que todos os dados desta pesquisa serão confidenciais.

Em caso de dúvidas poderei fazer contato com o pesquisador Julio Cesar Tolentino Jr. através dos telefones (21) 99962-8512 (número pessoal, em qualquer horário) ou (21) 2264-5296 (de 2ª a 6ª das 8h às 16h), além do Comitê de Ética em Pesquisa do Hospital Universitário Gaffrée e Guinle (CEP-HUGG) localizado à rua Mariz e Barros, 775 – Tijuca, Prédio do Hospital – 4º andar, telefone (21) 2264-5177 e email cephugg@gmail.com; atendimento: de 2ª a 6ª de 09:00 às 12:00 e 14:30 às 17:00.

Declaro que concordo em participar desse estudo. Recebi uma cópia deste termo de consentimento livre e esclarecido e me foi dada a oportunidade de ler e esclarecer as minhas dúvidas.

Nome do Participante	Assinatura do Participante	Data
Nome do Pesquisador	Assinatura do Pesquisador	Data

APÊNDICE B - Fatores Sócio-demográficos

Data: _____	Identificação: _____	Data de nascimento: _____	Idade: _____
1 - Gênero: () Masculino () Feminino			
2 - Etnia: () Branco () Negro () Pardo () Outro: _____			
3 - Instrução: () Analfabeto () Fundamental incompleto () Fundamental completo () Ensino médio incompleto () Ensino médio completo () Ensino superior incompleto () Ensino superior completo			
4 - Acredita em Deus? () Sim () Não			
5 - Religião: () Sim () Não – qual? _____			
6 - Uso de drogas atualmente: () Não () Sim Qual? _____ Com que frequência? _____			
7 - Uso de terapia antirretroviral? () Não () Sim-Quais? _____ Há quanto tempo? _____			
8 - Uso de outras medicações? () Não () Sim-Quais? _____ Há quanto tempo? _____			
9 - Tentativa prévia de suicídio? () Não () Sim Quantas vezes? _____			

ANEXO A - MINI para Episódio Depressivo Maior

A. EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR

→ SIGNIFICA : IR DIRETAMENTE AO(S) QUADRO(S) DIAGNÓSTICO(S), ASSINALAR **NÃO** EM CADA UM E PASSAR AO MÓDULO SEGUINTE

A1	Nas duas últimas semanas, sentiu-se triste, desanimado(a), deprimido(a), durante a maior parte do dia, quase todos os dias?	NÃO	SIM	1
A2	Nas duas últimas semanas, quase todo tempo, teve o sentimento de não ter mais gosto por nada, de ter perdido o interesse e o prazer pelas coisas que lhe agradam habitualmente?	NÃO	SIM	2
A1 OU A2 SÃO COTADAS SIM ?		→	NÃO	SIM

A3 Durante as duas últimas semanas, quando se sentia deprimido(a) / sem interesse pela maioria das coisas:

- | | | | | |
|---|--|-----|-----|---|
| a | O seu apetite mudou de forma significativa, <u>ou</u> o seu peso aumentou ou diminuiu sem que o tenha desejado ? (variação de $\pm 5\%$ ao longo do mês, isto é, $\pm 3,5$ Kg, para uma pessoa de 65 Kg)
COTAR SIM , SE RESPOSTA SIM NUM CASO OU NO OUTRO | NÃO | SIM | 3 |
| b | Teve problemas de sono quase todas as noites (dificuldade de pegar no sono, acordar no meio da noite ou muito cedo, dormir demais)? | NÃO | SIM | 4 |
| c | Falou ou movimentou-se mais lentamente do que de costume ou pelo contrário, sentiu-se agitado(a) e incapaz de ficar sentado quieto(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 5 |
| d | Sentiu-se a maior parte do tempo cansado(a), sem energia, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 6 |
| e | Sentiu-se sem valor ou culpado(a), quase todos os dias? | NÃO | SIM | 7 |
| f | Teve dificuldade de concentrar-se ou de tomar decisões, quase todos os dias? | NÃO | SIM | 8 |
| g | Teve, por várias vezes, pensamentos ruins como, por exemplo, pensar que seria melhor estar morto(a) ou pensar em fazer mal a si mesmo(a) ? | NÃO | SIM | 9 |

A4 HÁ PELO MENOS 3 RESPOSTAS "SIM" EM A3 ? (ou 4 se A1 OU A2 = "NÃO")

SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL:

NÃO	SIM *
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR ATUAL	

- | | | | | | |
|-----|---|-----|-----|-----|----|
| A5a | Ao longo da sua vida, teve outros períodos de 2 semanas ou mais, em que se sentiu deprimido (a) ou sem interesse pela maioria das coisas e durante os quais teve os problemas dos quais falamos [SINTOMAS EXPLORADOS DE A3a à A3g]? | → | NÃO | SIM | 10 |
| b | Entre esses períodos de depressão que apresentou ao longo de sua vida, alguma vez teve um intervalo de pelo menos 2 meses em que não apresentou nenhum problema de depressão ou de perda de interesse ? | NÃO | SIM | 11 | |

A5b É COTADA SIM ?

NÃO	SIM
EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR RECORRENTE	

* SE O(A) ENTREVISTADO(A) APRESENTA UM EPISÓDIO DEPRESSIVO MAIOR, COTAR AS QUESTÕES CORRESPONDENTES (A6d, A6e) NA PÁGINA 5

ANEXO B - MINI para Risco de Suicídio

B. RISCO DE SUICÍDIO: Durante o último mês:

Pontos

B1- Pensou que seria melhor estar morto (a) ou desejou estar morto (a) ?	NÃO	SIM	1
B2- Quis fazer mal a si mesmo?	NÃO	SIM	2
B3- Pensou em suicídio?	NÃO	SIM	6
B4- Pensou numa maneira de suicidar ?	NÃO	SIM	10
B5- Tentou o suicídio?	NÃO	SIM	10

Ao longo da sua vida:

B6- Já fez alguma tentativa de suicídio? NÃO SIM **4**

HÁ PELO MENOS UM "SIM" DE C1 À C6 ?

SE SIM, SOMAR O NÚMERO TOTAL DE PONTOS DAS QUESTÕES COTADAS SIM DE C1 - C6 E ESPECIFICAR O RISCO DE SUICÍDIO ATUAL COMO SE SEGUE:

NÃO	SIM
RISCO DE SUICÍDIO ATUAL	
1-5 pontos Baixo	<input type="checkbox"/>
6-9 pontos Moderado	<input type="checkbox"/>
10 pontos Alto	<input type="checkbox"/>

ANEXO C - Questionário de Bem-Estar Espiritual (FACIT-Sp)

Por favor, faça um **círculo em torno do número** que melhor corresponda ao seu estado durante os **últimos 7 dias.**

	PREOCUPAÇÕES ADICIONAIS	Nem um pouco	Um pouco	Mais ou menos	Muito	Muitíssimo
Sp 1	Sinto-me em paz	0	1	2	3	4
Sp 2	Tenho uma razão para viver	0	1	2	3	4
Sp 3	A minha vida tem sido produtiva	0	1	2	3	4
Sp 4	Custa-me sentir paz de espírito	0	1	2	3	4
Sp 5	Sinto que a minha vida tem um propósito	0	1	2	3	4
Sp 6	Sou capaz de encontrar conforto dentro de mim mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp 7	Sinto-me em harmonia comigo mesmo(a)	0	1	2	3	4
Sp 8	Falta sentido e propósito em minha vida	0	1	2	3	4
Sp 9	Encontro conforto na minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 10	A minha fé ou crenças espirituais dão-me força	0	1	2	3	4
Sp 11	A minha doença tem fortalecido a minha fé ou crenças espirituais	0	1	2	3	4
Sp 12	Independentemente do que acontecer com a minha doença, tudo acabará bem	0	1	2	3	4