

Em atenção à solicitação dos pareceristas PIBIC 2009/10, enviamos uma nova versão relatório final do projeto “CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DOS PACIENTES VIVENDO COM AIDS E A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL”. Abaixo a lista de providências adotadas.

**SA/0015/2009 - Sandra Carla Hayashi**

PARECER

O relatório necessita de revisão do idioma em todo o texto “dentre a população de 13 a 24 anos o Brasil existem...” OK

Colocar todo estrangeirismo em itálico, exemplo “et al” e outros...OK

“ET AL” minúsculo quando entre parênteses OK

Qual a versão do programa SPSS utilizado? OK

Utilizar somente o ponto final ao final, no exemplo: “pessoas que convivem com o vírus. (OLIVEIRA, 2006).”OK

Não ficou clara a dimensão do universo estudado. Quantos usuários elegíveis estavam cadastrados no serviço?. O Serviço do Hospital de Medicina Tropical não disponibilizou esta informação, apesar de várias tentativas de obtê-la.

Sugestão colocar tudo em anexos, sem dividir anexos e apêndices (desnecessário e confuso). NESTE CASO A SEPARAÇÃO SEGUE AS NORMAS ESTABELECIDAS no Guia para Normalização de Relatórios Técnicos Científicos para utilização no âmbito do Programa Institucional de Bolsa de Iniciação Científica - PIBIC, NA RESOLUÇÃO Nº 043/2004 onde consta que:

**Anexo**

São documentos que servem de ilustração, fundamentação ou comprovação, como organogramas, leis, *folders*, entre outros, cuja autoria é de um outro que não o autor do trabalho. São partes integrantes do trabalho e, por isso, têm paginação contínua ao texto principal, tem algarismos arábicos. Sua apresentação é opcional.

São apresentados em folha própria e identificados com letras seqüenciais maiúsculas, seguidas de travessão e o respectivo título. Em casos excepcionais, quando esgotadas as letras do alfabeto, deve-se utilizar letras dobradas. Devem constar do sumário do trabalho.

### **Apêndice**

Apêndice, segundo a ABNT (NBR14724, 2001) consiste em um texto ou documento elaborado pelo próprio autor, a fim de complementar sua argumentação, sem prejuízo da unidade nuclear do trabalho. Em casos excepcionais, quando esgotadas as letras do alfabeto, deve-se utilizar letras dobradas. Devem constar do sumário do trabalho.

Elemento opcional, os apêndices são identificados por letras maiúsculas consecutivas, travessões e respectivos títulos, podendo ser inserido nesse item os instrumentos de coleta de dados, roteiros de entrevistas, entre outro. (PG.49)

Atenciosamente,

Sandra Carla Hayashi (bolsista)

Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho

Orientador

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES COM AIDS E  
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Bolsista: Sandra Carla Hayashi, CNPq

MANAUS

2010

# CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES COM AIDS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Relatório final do Programa Institucional de Bolsas de Iniciação Científica – PIBIC, entregue ao Departamento de Apoio à Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, como parte dos requisitos das atividades do bolsista.

---

Sandra Carla Hayashi

Bolsista

---

Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho

Orientador

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
PRÓ-REITORIA DE PESQUISA E PÓS-GRADUAÇÃO  
DEPARTAMENTO DE APOIO A PESQUISA  
PROGRAMA INSTITUCIONAL DE INICIAÇÃO CIENTÍFICA

RELATÓRIO FINAL  
PIB-SA/015/2009  
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES COM AIDS E  
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL

Bolsista: Sandra Carla Hayashi, CNPq  
Orientador: Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho

MANAUS  
2010

## RESUMO

Cerca de trinta e três milhões de pessoas vivem com AIDS em todo o mundo. Em 27 anos de epidemia, o Brasil tem 474.273 casos acumulados. A diferença de proporção entre os sexos vem diminuindo ao longo dos anos, sendo que em 2005 já eram registrados 16 casos em homens para cada 10 mulheres. É crescente também o número de casos de HIV/AIDS entre adolescentes e pessoas com mais de 50 anos. Desde 1996, os medicamentos antirretrovirais são oferecidos gratuitamente pelo SUS, o que aumentou a sobrevivência dos pacientes. A adesão ao tratamento é fundamental na ação dos medicamentos, sendo que uma adesão insuficiente pode causar resistência do organismo, limitando as possibilidades terapêuticas. Visando a identificação de aspectos psicoafetivos e cognitivos em pessoas vivendo com AIDS e a adesão ao tratamento com antirretrovirais, esta pesquisa foi realizada junto a 81 pacientes atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas – FMT-AM, sendo 31% do sexo feminino e 69% do masculino, com idade entre 18 e 63 anos e média de escolaridade de 9,19 anos. A classificação socioeconômica mostra que 42% do total pertence à classe C2, com renda familiar até R\$ 861,00 reais. A avaliação dos resultados através de procedimentos estatísticos específicos propiciou compreensão de aspectos referentes às características psicoafetivas desta população e a qualidade de adesão ao tratamento com antirretrovirais. Os dados da pesquisa revelam que a presença da condição de ansiedade e depressão está associada ao baixo nível de adesão ao tratamento antirretroviral, com nível de significância de 0,01, indicando que apenas 1% de probabilidade deste resultado ser casual. Quanto às características de personalidade, observou-se que a única variável que demonstra estar associada é a estabilidade emocional. Quanto mais estável emocionalmente melhor a adesão ao tratamento, ao nível de significância de 0,05, com apenas 5% de probabilidade deste resultado ser casual. O presente trabalho trouxe uma contribuição aos psicólogos e outros profissionais que lidam com tal público ao oferecer uma perspectiva de aspectos concernentes às características psicológicas das pessoas vivendo com AIDS.

Palavras-chave: HIV/AIDS, tratamento antirretroviral, adesão, aspectos psicoafetivos.

## ABSTRACT

About Thirty-three million people live with AIDS worldwide. In 27 years of epidemic, Brazil has about 474,273 accumulated cases. The differences in the proportions between the sex affected has been decreasing over the years, in 2005 there were 16 reported cases among men, against 10 women. It's also increasing the number of HIV/AIDS cases between teenagers and people older than 50. Since 1996, antiretroviral drugs are offered free of charge by the SUS, which increased the survival of the patients. Treatment adherence is crucial to the effectiveness of the medication, indicating that an insufficient adherence may cause body resistance, imitating the therapeutic possibilities. In order to identify the psychoaffective and cognitive aspects among people living with AIDS and their adherence antiretroviral treatment, this study consulted 81 patients in treatment at the Fundação de Medicina Tropical do Amazonas – FMT-AM, which 31% were female and 69% male, aged between 18 and 63 years and with the schooling average of 9.19 years. The socioeconomic classification indicates that 42% of the participants belongs to the class C2, with family income up to R\$ 861.00 reais. The evaluation of the results through specific statistical procedures provided a comprehension about the psychoaffective characteristics and the quality of the antiretroviral treatment adherence. The research revealed that the presence of anxiety and depression condition are associated with low level of antiretroviral treatment adherence, with a significant level of 0.01, showing that the probability of this result to be casual is just 1%. About the personality traits, it was noted that the only characteristic associated with the antiretroviral treatment adherence is the emotional stability. Indicating that, as most emotional stable the patient shows to be, the better quality of antiretroviral treatment adherence is observed, with a 0.05 of significance level, signifying only 5% of probability that this result is casual. This study reveals a significant contribution to psychologists and other professionals who leads with such public, inasmuch it offers the prospect of psychological characteristics among people living with AIDS.

Keywords: HIV/AIDS, antiretroviral treatment, adherence, psychoaffective aspects.

## LISTA DE TABELAS / QUADROS

<b>Tabela 1: Dados sociodemográficos .....</b>	<b>29</b>
<b>Tabela 2: Escores do Questionário de Adesão ao TARV.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 3: Grau de Adesão ao TARV.....</b>	<b>31</b>
<b>Tabela 4: Dados sociodemográficos em função da adesão ao TARV. ....</b>	<b>32</b>
<b>Tabela 5: Correlação de Pearson quanto à adesão ao TARV e variáveis da amostra. ....</b>	<b>33</b>
<b>Tabela 6: Avaliação da depressão em função do grau de adesão ao tratamento. ....</b>	<b>34</b>
<b>Tabela 7: Avaliação da ansiedade em função do grau de adesão ao tratamento. ....</b>	<b>34</b>
<b>Tabela 8: Médias de percentis das Escalas do Teste de Personalidade – CPS. ....</b>	<b>35</b>
<b>Quadro 1: Renda familiar por classes. ....</b>	<b>22</b>
<b>Quadro 2: Correlação de Pearson das Funções Executivas (Cognitivas) em função de outras variáveis. ....</b>	<b>42</b>

## LISTA DE GRÁFICOS

<b>Gráfico1: Atitudes defensivas vs Atitudes confiantes .....</b>	<b>36</b>
<b>Gráfico 2: Indisciplina vs Organização .....</b>	<b>36</b>
<b>Gráfico 3: Inadequação/rebeldia vs Adaptação/ conformidade.....</b>	<b>37</b>
<b>Gráfico 4: Baixa energia vs Elevada atividade .....</b>	<b>38</b>
<b>Gráfico 5: Instabilidade emocional vs Estabilidade emocional.....</b>	<b>39</b>
<b>Gráfico 6: Escala de Introversão vs Extroversão .....</b>	<b>39</b>
<b>Gráfico 7: Escala de Sensibilidade vs Rudeza. ....</b>	<b>40</b>
<b>Gráfico 8: Empatia vs Egocentrismo.....</b>	<b>41</b>

## SUMÁRIO

<b>1</b>	<b>INTRODUÇÃO .....</b>	<b>12</b>
<b>1.1</b>	<b>HIV/AIDS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL .....</b>	<b>15</b>
<b>2</b>	<b>DESCRIÇÃO METODOLÓGICA.....</b>	<b>20</b>
<b>2.1</b>	<b>Participantes: .....</b>	<b>20</b>
<b>2.2</b>	<b>Materiais / Instrumentos: .....</b>	<b>21</b>
<b>2.3</b>	<b>Procedimento: .....</b>	<b>25</b>
<b>3</b>	<b>RESULTADOS .....</b>	<b>28</b>
<b>3.1</b>	<b>Dados Sociodemográficos .....</b>	<b>28</b>
<b>3.2</b>	<b>Adesão ao TARV .....</b>	<b>30</b>
<b>3.3</b>	<b>Correlação de Pearson: adesão ao tratamento e variáveis da amostra .....</b>	<b>32</b>
<b>3.4</b>	<b>Avaliação psicoafetiva em função do grau de adesão ao tratamento .....</b>	<b>33</b>
<b>3.5</b>	<b>Avaliação dos traços de personalidade baseado na média dos Percentis.....</b>	<b>34</b>
<b>3.6</b>	<b>Estudo de Correlação de Pearson das Funções Executivas (Cognitivas) em função de outras variáveis.....</b>	<b>41</b>
<b>4</b>	<b>CONCLUSÃO .....</b>	<b>43</b>
	<b>REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS .....</b>	<b>45</b>
	<b>ANEXOS .....</b>	<b>48</b>
	<b>APÊNDICES .....</b>	<b>56</b>



## 1 INTRODUÇÃO

De acordo com o relatório anual do Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, 33 milhões de pessoas vivem com AIDS no mundo. No Brasil, em 27 anos de epidemia, foram notificados 474.273 casos, sendo que 33 mil é o número médio estimado de novos casos de AIDS diagnosticados a cada ano. Em relação às regiões do país, o Norte e o Nordeste apresentam uma tendência de crescimento dos casos, enquanto que as demais regiões apresentam estabilização (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2008).

Historicamente, os casos de AIDS são preponderantes entre o sexo masculino, no entanto, a partir de meados da década de 90, observa-se no Brasil e no mundo a diminuição desta diferença entre os sexos. Em 1985, para cada 267 homens com AIDS, havia 10 mulheres contaminadas. Depois de uma queda ininterrupta na proporção de casos da doença entre os sexos, chega-se a 2005 com 16 casos de AIDS em homens para 10 mulheres. Verifica-se também o aumento percentual de casos de AIDS na população acima de 50 anos, em ambos os sexos.

Ainda segundo informações do Ministério da Saúde (2008), entre a população de 13 a 24 anos o Brasil existem quase 55 mil casos de AIDS acumulados, apresentando uma particularidade relevante quanto ao gênero. Enquanto na população geral a proporção é de 16 casos em homens para 10 mulheres, na faixa etária de 13 a 19 anos, existem 06 meninos infectados para cada 10 meninas. Uma inversão das proporções extremamente preocupante, pois sugere que as mulheres estão se contaminando cada vez mais cedo, logo ao iniciarem suas atividades sexuais.

Tais dados apontam para importantes questões psicológicas, incluindo a qualidade de vida dessas mulheres. Galvão (2004) acrescenta que o interesse e a motivação para a relação sexual ficam comprometidos após receberem o diagnóstico, isso porque as mulheres têm sido contaminadas, quase que exclusivamente, pela via sexual, passando a sentir medo, constrangimento e abstenção das relações sexuais.

Conforme levantamento feito pelo Ministério da Saúde (2008), o Brasil registrou 192.709 óbitos por AIDS, de 1980 a 2006. O Boletim Epidemiológico 2007 aponta dados sobre a proporção de pessoas que continuaram vivendo com AIDS em até cinco anos após o diagnóstico. Neste estudo, realizado com base no número de pessoas identificadas com a doença em 2000, os dados apontaram que, cinco anos depois de diagnosticadas, 90% das

pessoas com AIDS no Sudeste estavam vivas. Nas outras regiões, os percentuais foram de 78%, no Norte; 80%, no Centro Oeste; 81%, no Nordeste; e 82%, no Sul. A análise mostra, ainda, que 20,5% dos indivíduos diagnosticados com AIDS no Norte haviam morrido em até um ano após a descoberta da doença.

No Amazonas, segundo a Fundação de Medicina Tropical do Amazonas – FMT-AM, há 4.012 casos de AIDS em adultos registrados no Sistema de Informação de Agravos de Notificação – SINAN, no período de 1986 a Junho de 2008, sendo que aproximadamente 89% (3.562) residem em Manaus.

A sobrevida desses pacientes tem sido aumentada desde 1996, quando a rede pública passou a oferecer gratuitamente os medicamentos anti-retrovirais, conhecidos também como coquetel. Dados recentes do Ministério da Saúde (2008) apontam 180 mil pessoas em tratamento com os antirretrovirais.

Para Marques (2006), a evolução da Terapia Antirretroviral (TARV) e do manejo clínico geral, associados ao acesso universal a estes recursos nos serviços públicos de saúde, possibilitaram o aumento do tempo de sobrevida de crianças em idade escolar e de adolescentes vivendo com HIV, cujos números são crescentes.

Ao lado dos fatores de natureza biomédica que influenciam a adesão e os resultados do Tratamento Antirretroviral (TARV), as questões psicológicas podem desestabilizar o comportamento de pacientes sob tratamento. Alguns estudos americanos sugerem que a depressão, a ansiedade, os fatores cognitivos e comportamentais das pessoas que vivem com AIDS podem afetar o nível de comprometimento das mesmas para com o Tratamento Antirretroviral (MURPHY *et al*, 2001; CHESNEY e MORIN, 2000; PATERSON *et al*, 2000).

A carência de informações para a compreensão dos aspectos psicoafetivos daqueles que estão submetidos ao tratamento crônico com antirretrovirais e principalmente, na região Norte, foi elemento preponderante para o interesse em investigar as variáveis que poderão colaborar na compreensão dos fenômenos comportamentais de adesão ou não-adesão ao tratamento.

Em vista disso, o presente estudo, foi inicialmente idealizado para alcançar 150 pacientes atendidos na Fundação de Medicina Tropical do Amazonas, tendo como objetivo estudar as características de personalidade, aspectos psicoafetivos e cognitivos de pessoas vivendo com AIDS e sua adesão ao tratamento com anti-retrovirais. No entanto, ao atingir o

número de 104 pacientes, observou-se a saturação de pacientes dispostos a participarem voluntariamente da pesquisa.

Os pacientes que, voluntariamente, se dispuseram a participar do processo de pesquisa sobre as características psicológicas dos pacientes com AIDS em tratamento com antirretrovirais foram informados dos termos, objetivos e procedimentos da pesquisa. Sua adesão voluntária foi firmada formalmente através do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) e a coleta de dados ocorreu em local adequado e disponibilizado pela instituição oferecendo sigilo e conforto aos participantes.

Os dados foram coletados entre os meses de Junho de 2009 e Março de 2010. A apuração e análise dos resultados estenderam-se pelos meses de Abril a Junho de 2010, tendo sido utilizado, para tratamento dos dados, o programa estatístico *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS - versão 17.0, além de dados estudados nas seguintes disciplinas: Estatística Aplicada as Ciências Sociais, Pesquisa em Psicologia I e II, Ética em Psicologia, e Psicometria; todas realizadas em período regular na Universidade Federal do Amazonas.

Este processo de investigação foi finalizado no mês de Junho, conforme previsto em cronograma de execução do projeto.

A seguir, apresentar-se-ão os dados obtidos durante o processo de investigação acerca das características psicológicas dos pacientes vivendo com AIDS e adesão ao tratamento antirretroviral.

Estima-se que os resultados obtidos através desta pesquisa possam fornecer subsídios aos profissionais e instituições que lidam com tal realidade, permitindo a promoção de melhor qualidade de vida para as pessoas infectadas pelo HIV, através de educação e de acompanhamento clínico-psicológico. O conhecimento de fatores pertinentes a não-adesão poderão contribuir para a elaboração de intervenções efetivas para a manutenção ou melhora da adesão.

## **1.1 HIV/AIDS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL**

A Síndrome de Imunodeficiência Adquirida – AIDS, é a fase final da doença causada por um retrovírus chamado de HIV - Vírus da Imunodeficiência Humana (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2005). O HIV por sua vez, necessita infectar células humanas para poder se multiplicar.

A infecção pelo HIV é um processo de longa duração que passa por diferentes estágios. Entretanto, a evolução da infecção pelo HIV dos estágios iniciais assintomáticos até fases avançadas, a AIDS propriamente dita, caracteriza-se por uma contínua e progressiva deficiência imunológica e pode variar entre os indivíduos. A duração e a gravidade de cada estágio irão depender de vários fatores relacionados tanto com o vírus quanto com o hospedeiro.

Para fins de vigilância epidemiológica (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2004), será considerado como caso de AIDS, todo indivíduo com treze anos de idade ou mais que apresentar evidência laboratorial da infecção pelo HIV no qual seja diagnosticada imunodeficiência (pelo menos uma doença indicativa de AIDS e/ou contagem de linfócitos T-CD4 abaixo de 350 células/mm<sup>3</sup>), independentemente da presença de outras causas de imunodeficiência.

Na ausência de quaisquer medicamentos antirretrovirais ou na presença de esquemas antirretrovirais não efetivos (monoterapia ou terapia combinada com cepas resistentes aos antirretrovirais utilizados), o tempo médio de progressão da fase aguda até a fase sintomática com AIDS é de aproximadamente 10 a 11 anos.

Desde 1996, o tratamento com medicamentos antirretrovirais é garantido gratuitamente e distribuído pelo Sistema Único de Saúde a qualquer pessoa com HIV/AIDS que viva no Brasil, seja de nacionalidade brasileira ou estrangeira. O objetivo da Terapia Antirretroviral (TARV) é tornar indetectável a carga viral do HIV (quantidade de cópias do vírus por milímetro cúbico de sangue) e elevar o número de linfócitos T-CD4. Quando a carga viral aumenta e o número de células de defesa cai, a consequência é o organismo ficar debilitado e exposto a doenças oportunistas.

Com o acesso público e gratuito aos medicamentos, o prognóstico dos pacientes com HIV/AIDS foi modificado radicalmente, possibilitando aumento da sobrevida e melhor qualidade de vida destes pacientes. No entanto, para que haja sucesso no tratamento é

fundamental o alto nível de adesão, tomando-se 95% das doses prescritas. Adesões abaixo do nível desejável podem levar a uma diminuição da eficácia do tratamento, risco aumentado de doenças oportunistas e desenvolvimento de resistência viral; limitando as opções terapêuticas e aumentando a possibilidade de transmissão de um vírus resistente a outras pessoas, fato relevante para a saúde pública (SETH *et al*, 2003; VOELKER, 2000).

Adesão ao TARV é um processo complexo e multideterminado, que necessita de abordagem interdisciplinar. A equipe terapêutica deve considerar os aspectos clínicos, sociais e psicológicos para o fortalecimento da abordagem integral do paciente (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2006).

O TARV também afeta os portadores do HIV à medida que pode gerar diversos efeitos colaterais, e dessa forma levar o paciente a uma depressão causada por longos períodos de tratamento (LOPES, 1998). Esta idéia é reforçada por Sadock (2007), afirmando que os transtornos de ansiedade e depressão e os transtornos psicóticos estão com frequência associados a doenças relacionadas ao HIV e que segundo Seidl (2008) podem resultar em não-adesão ao tratamento.

Vários processos patológicos podem afetar o cérebro do paciente infectado pelo HIV. Transtornos neurocognitivos leves e a demência associada ao vírus são as doenças que necessitam receber maior atenção dos profissionais de saúde mental que lidam com tais pacientes, pois afetam significativamente a capacidade funcional, qualidade de vida e sobrevivência das pessoas que convivem com o vírus (OLIVEIRA, 2006).

Para Vasconcellos (2003) razões de ordem prática ou psicológicas podem desestabilizar o comportamento de pacientes sob tratamento de doenças crônicas, concluindo que a adesão ao tratamento nunca pode ser considerada como definitivamente estabelecida. Ou seja, os fenômenos comportamentais dos pacientes sob TARV podem interferir definitivamente no sucesso ou fracasso terapêutico (individual), na prevenção e no controle epidemiológico da doença (social) e nos investimentos financeiros disponibilizados (econômicos).

Logo, todo investimento do Ministério da Saúde para a disponibilização das drogas antirretrovirais, bem como da tecnologia necessária para o acompanhamento da eficácia desta terapia poderão ser perdidos se não forem elaboradas e padronizadas intervenções capazes de aumentar a adesão do paciente portador de HIV/AIDS ao tratamento.

Determinados aspectos estão associados a uma maior adesão ao tratamento antirretroviral. Características de personalidade, depressão, ansiedade e aspectos cognitivos dos pacientes podem interferir diretamente neste.

O termo personalidade não apresenta uma definição única, variando de acordo com a teoria de personalidade empregada. De acordo com a teoria de Murray (HALL, 2000), a personalidade refere-se a uma série de eventos que abrangem toda a vida do indivíduo, refletindo tanto elementos duradouros e recorrentes do comportamento quanto elementos novos e únicos.

Segundo Neri (2005), a personalidade tem relação com a maneira como os indivíduos geralmente se comportam, tem experiências, acreditam e se sentem em relação a si mesmos, aos outros e ao mundo. Sadock (2007) define a personalidade como a totalidade de traços emocionais e comportamentais que caracterizam o indivíduo nas situações de vida do dia-a-dia, sob condições normais, sendo relativamente estável e previsível.

Já teorias atuais de personalidade entendem o desenvolvimento humano como um processo multidimensional e multidirecional, sendo composto pela ocorrência conjunta de ganhos, perdas e estabilidades. De acordo com este modelo, as pessoas possuem potenciais para a mudança (plasticidade) e para a manutenção e recuperação da adaptação perante eventos limitadores e facilitadores do processo de desenvolvimento normal durante toda a vida.

Embora muitos indivíduos possam manter a personalidade estável sob circunstâncias de vida normais, infere-se que, diante de situações mais complexas, esta mudaria para se adaptar às transformações da vida. É possível ainda afirmar que distúrbios da personalidade influenciem os níveis de adesão, posto que o TARV exige mudanças significativas na rotina da pessoa (MAIDEN, 2003; SEIDL, 2007).

Outros aspectos apontados como influenciadores na adesão ao TARV são os psicoafetivos, tais como depressão e ansiedade.

A depressão, segundo o DSM-IV-TR, caracteriza-se por sintomas intensos e que interferem nas atividades rotineiras do indivíduo, tais como alteração de apetite e peso, sono prejudicado na atividade psicomotora, dificuldade em pensar e tomar decisões, sentimento de culpa, pensamentos recorrentes de suicídio e morte. A depressão tem sido apontada como o sintoma que mais acompanha os pacientes de AIDS, desde o momento em que tomam conhecimento de sua soropositividade até as últimas fases da doença (MALBERGIER, 2001).

O estado de ansiedade é um estado emocional com componentes psicológicos e fisiológicos. O Dicionário de Psicologia da *American Psychology Association* (APA, 2010) define a ansiedade como um estado de humor caracterizado por apreensão e sintomas somáticos de tensão, em que o indivíduo antecipa um iminente perigo, seja uma ameaça real ou imaginária. Faz parte do fator biológico do ser humano e interage com o desempenho, no entanto pode adquirir um aspecto patológico quando é desproporcional à situação desencadeante ou não tem um objeto eliciador definido.

Características individuais, auto-estima, a forma como o paciente enfrenta a doença e seus sintomas, o apoio social que recebe, e o estigma de viver com HIV, que algumas vezes faz com que os pacientes tenham necessidade de esconder a doença de familiares e amigos, são fatores que influenciam as questões relacionadas ao TARV e conseqüentemente relevantes para a adesão ao tratamento (CARVALHO, 2007; MELCHIOR, 2007; VASCONCELLOS, 2003).

Fatores pessoais e situacionais, agentes estressores, baixos níveis de escolaridade, relação insatisfatória com o médico e demais profissionais da equipe de saúde e as percepções que a pessoa possui a respeito dessa relação, a ausência de suporte material e afetivo, bem como a percepção por parte da pessoa de que este suporte é insuficiente, são fatores que podem estar relacionados a não-adesão (FAUSTINO, 2006; COLOMBRINI, 2006).

Outras alterações psicológicas estão relacionadas com a não-adesão, como por exemplo: ansiedade, ira, culpa, obsessões e hipocondria (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2000). Esta idéia é reforçada por Sadock (2007) que afirma que os transtornos de ansiedade e depressão e os transtornos psicóticos estão com frequência associados a doenças relacionadas ao HIV e que, de acordo com Seidl (2008), podem resultar em não-adesão ao tratamento.

Obter dados desta realidade é um passo importante para o delineamento de políticas e ações de saúde voltadas para abordagens efetivas do problema. A contínua apropriação de informações e controle social das políticas públicas e a incorporação de um processo (e de uma cultura) de avaliação pelas instituições que executam as ações de prevenção, assistência e controle das DST/AIDS possibilitarão que sejam construídas formas eficazes no cuidado para com tais pacientes, visando não apenas o biológico, mas todas as esferas envolvidas.

Apesar da grande relevância social, há uma escassez de informações para a compreensão dos fenômenos psicoafetivos daqueles que estão submetidos ao tratamento

crônico com antirretrovirais. Daí a importância de investigar as variáveis que podem ajudar na compreensão do fenômeno da adesão ou não-adesão ao tratamento.

Vê-se que os esforços em manter o paciente sob tratamento podem ser em vão caso não seja considerada a dimensão biopsicossocial do paciente, uma vez que a AIDS traz consigo não apenas os prejuízos biológicos, mas também implica em prejuízos socioafetivos advindos do preconceito, estigma e abandono que estão sujeitos os pacientes que vivem com AIDS.

O estudo das características psicológicas dos pacientes com AIDS e a adesão ao TARV baseia-se na necessidade em compreender os aspectos que podem intervir negativamente no comprometimento do paciente para com o TARV.

## 2 DESCRIÇÃO METODOLÓGICA

### 2.1 Participantes

Inicialmente, estava prevista a coleta junto a 150 pacientes, porém observou-se uma saturação de voluntários disponíveis ao longo da coleta. A coleta encerrou ao atingir o total de 104 pacientes em tratamento com antirretrovirais (TARV) e atendidos pela Fundação de Medicina Tropical do Amazonas (FMT-AM). Entretanto, deste total, 23 apresentaram dados inconsistentes e foram retirados da análise dos dados, restando então, 81 participantes da pesquisa que corresponderam a todos os critérios de inclusão e não apresentaram nenhum dos critérios de exclusão.

Critérios de inclusão na amostra:

- a) Livre concordância em participar da pesquisa, através da assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, aprovado no Comitê de Ética (TCLE);
- b) Capacidade de ler e compreender os questionários;
- c) Idade igual ou superior a 18 anos;
- d) Estar em tratamento com antirretrovirais a pelo menos seis meses.

Critérios de exclusão da amostra:

- a) Desistir de participar da pesquisa durante a aplicação dos testes;
- b) Solicitar que seus dados sejam excluídos da amostra.
- c) Verificou-se a necessidade de acrescentar mais um critério de exclusão da amostra, relativo à consistência interna dos dados coletados no teste de personalidade, CPS. Este teste é capaz de verificar a validade dos dados coletados, caso eles tenham sido respondidos de forma inadequada.

Em virtude do terceiro critério, foram eliminadas 16 pessoas que apresentaram dados inválidos (motivos prováveis: o sujeito não compreendeu o teste ou o sistema de escolha e marcação das respostas; o sujeito não compreende bem a língua portuguesa; o sujeito não leu as afirmações com atenção ou respondeu-as sem utilizar o bom-senso; o sujeito omitiu um número estatisticamente expressivo de respostas na realização do teste) e 8 pessoas – uma

delas atendendo aos dois critérios – que responderam o teste de forma tendenciosa (motivos prováveis: o sujeito tentou responder às afirmações de modo a descrever-se como alguém excessivamente bom, honesto, dono de uma imagem pública e pessoal absolutamente irrepreensível e eticamente exemplar; o sujeito não foi coerente na grande maioria de suas respostas, contradizendo-se em momentos de tentativa de controle de distorção de duas verdadeiras respostas). Concluindo, no total foram excluídas 23 pessoas da amostra originalmente composta por 104 voluntários.

Nenhum voluntário solicitou a retirada dos dados na pesquisa após execução dos testes.

Dos 81 participantes que preencheram os critérios de inclusão e não apresentaram os critérios de exclusão estipulados para a pesquisa, 30,9% eram do sexo feminino e 69,1% eram do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 18 e 63 anos, com média de 35,5 e desvio padrão de 8,62.

A média de escolaridade dos participantes foi de 9,19 anos, com 3,07 anos de desvio padrão. O estado civil predominante foi o solteiro, representando 64,20% do total; os demais são representados respectivamente por: casados (32,1%), divorciados (2,5%) e viúvos (1,2%), conforme tabela abaixo.

A classe econômica com maior representatividade dentro na amostra foi a C2 (42%), com renda média familiar estimada em R\$ 861,00 e a de menor representação foi a A1, não tendo tido nenhum representante na amostra em questão.

Em relação ao ano da primeira prescrição do TARV, os pacientes distribuíram-se entre os anos de 1991 até 2009, sendo que 50,60% da amostra recebeu a primeira prescrição dos medicamentos entre os anos de 2007 e 2009.

Quanto à origem, 72,80% dos voluntários são naturais do Estado do Amazonas, 17,30% do Estado do Pará, e 9,90% são provenientes de outros Estados da região Norte e Nordeste do Brasil.

## **2.2 Materiais / Instrumentos**

Para o presente estudo foram usados computadores, softwares específicos de processamento estatístico (*SPSS Statistics* versão 17.0, *Word*, *Excel*, *EndNote*), projetor multimídia, material de escritório (como pastas, arquivos, papel, tinta de impressora, etc.), meios de deslocamento (coletivo e particular).

Os instrumentos adotados com o objetivo de investigar as características de personalidade, aspectos psicoafetivos e cognitivos de pacientes, adesão ao TARV e dados sociodemográficos foram:

1. Termo de Consentimento Livre e Esclarecido – (TCLE), termo em que o indivíduo confirma sua participação na pesquisa, podendo dela se retirar a qualquer momento (Apêndice A).

2. Questionário Sociodemográfico - roteiro estruturado de entrevista (Apêndice B) para análise dos dados e conhecimento das características sociodemográficas dos voluntários, por exemplo, nome, sexo, data de nascimento, cidade de nascimento, estado, estado civil, anos de escolaridade, esquema de prescrição do TARV, quando recebeu a primeira prescrição, se já havia interrompido o tratamento e por quais motivos. O questionário também foi fonte primária para saber sobre os aspectos de inclusão ou exclusão na pesquisa.

O questionário sociodemográfico foi construído com base no Critério de Classificação Econômica Brasil (2009) da Associação Brasileira de Empresas de Pesquisa em que se estima o poder de compra das pessoas e famílias urbanas e o define em classes econômicas (Quadro 1).

<b>RENDA FAMILIAR POR CLASSES</b>		
<b>Classe</b>	<b>Pontos</b>	<b>Renda média familiar (R\$)</b>
A1	42 a 46	14.250,00
A2	35 a 41	7.557,00
B1	29 a 34	3.944,00
B2	23 a 28	2.256,00
C1	18 a 22	1.318,00
C2	14 a 17	861,00
D	8 a 13	573,00
E	0 a 7	329,00

Quadro 1: Renda familiar por classes.

Fonte: Critério de classificação econômica Brasil 2009.

3. Inventário de Depressão de auto-relato contendo 19 enunciados (Anexo E), sendo cada um deles compostos de quatro itens com graus crescentes de intensidade de depressão,

ou seja, escores de 0 (zero) a 3 (três), sendo o escore máximo de 57 pontos. Tempo médio de aplicação: 07 minutos (Greenberger & Padesky, 1999).

4. Inventário de Ansiedade de auto-relato contendo 24 enunciados (Anexo F), sendo cada um deles compostos de quatro itens com graus crescentes de intensidade de ansiedade, ou seja, escores de 0 (zero) a 3 (três), sendo o escore máximo de 72 pontos. Tempo médio de aplicação: 10 minutos (Greenberger & Padesky, 1999).

5. Escala de Personalidade de Comrey – CPS, (Anexo D) A Escala de Personalidade de Comrey é um inventário de personalidade baseado no método de autodescrição para identificação dos principais fatores de constituição do indivíduo (Costa, 2003). O CPS avalia oito dimensões da personalidade: Confiança vs. Atitude Defensiva (Escala T), Ordem vs. Falta de Compulsão (Escala O), Conformidade Social vs. Rebeldia (Escala C), Atividade vs. Passividade (Escala A), Estabilidade Emocional vs. Neuroticismo (Escala S), Extroversão vs. Introversão (Escala E), Rudeza vs. Sensibilidade (Escala M) e Empatia vs. Egocentrismo (Escala P). Ainda possui duas escalas de validação do protocolo aplicado: Escala V, para verificação da Validade da aplicação e Escala R, verificação da Tendenciosidade na resposta. Para esta pesquisa foi tido considerado como ponto de corte para as características menos desenvolvidas o percentil 30.

6. Instrumentos de Mensuração da Adesão ao TARV (Anexo G), um instrumento auto-aplicável para a identificação do grau de adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes com infecção pelo HIV (Remor, 2007). É formado por 20 itens com graus crescentes de adesão, ou seja, com escores que podem variar de 0 (zero) a 5 (cinco) dependendo do item. Investiga a adesão na última semana, relação com o médico, informações sobre os medicamentos, benefícios do tratamento, dificuldades com o esquema terapêutico, estratégias para lembrar-se de tomar os medicamentos. Tempo médio de aplicação: 10 minutos .

7. Teste Wisconsin de Classificação de Cartas – (WCST), o WCST foi criado por Grant e Berg em 1948, na Universidade de Wisconsin para avaliar a capacidade do indivíduo raciocinar abstratamente e modificar suas estratégias de pensamento como resposta a alterações nas incertezas ambientais. Silva-Filho (2007) menciona que o WCST é composto por 4 cartas-chave e 128 cartas-resposta, que apresentam figuras de diferentes formas (cruzes, círculos, triângulos ou estrelas), cores (vermelho, verde, amarelo ou azul) e número (um, dois, três ou quatro). Para esta pesquisa foi empregada a versão reduzida com 64 cartas e assistida por computador (cartas, suporte e notebook), em que o participante executa a tarefa com as

cartas e o aplicador repete os movimentos no computador. Na execução do teste, o examinando deve combinar as cartas-estímulo com as cartas-chave. Para cada combinação realizada o sujeito recebe o resultado de certo ou errado do examinador. O princípio de combinação é previamente estabelecido e não é revelado ao examinando. Assim o examinando utiliza o *feedback* do examinador para manter-se ou desenvolver novas estratégias.

O WCST apresenta 16 indicadores avaliativos, o que permite uma relação de vantagem frente aos outros instrumentos de análise das funções executivas, são eles:

**1. Ensaio Administrado:** número de cartas utilizadas para completar as três categorias classificatórias do teste. Foram utilizadas 64 cartas. A tarefa de classificação destas cartas acaba quando são completadas as três categorias (com qualquer número de cartas) ou quando elas se esgotam. Avalia a formação de conceitos.

**2. Total de Respostas Corretas:** é o número absoluto de acertos no teste, dentre os ensaios executados. Avalia a memória de trabalho.

**3. Total de Erros:** é o número absoluto de erros no teste, dentre os ensaios executados. Avalia a memória de trabalho.

**4. Percentual de Erros:** proporção de erros em relação ao número de ensaios executados. Avalia a memória de trabalho.

**5. Respostas Perseverativas:** são respostas que, após sua fixação na classificação das cartas num mesmo critério, indicam a não experimentação de novas alternativas para solução do problema. Incluem-se neste indicador também alguns acertos aleatórios de classificação. Avalia o controle inibitório.

**6. Percentual de Resposta Perseverativas:** proporção de resposta perseverativa em relação ao número de ensaios administrativos. Avalia o controle inibitório.

**7. Erros Perseverativos:** este indicador é um subgrupo do indicador “5” (Respostas Perseverativas) e também um subgrupo do indicador “3” (Total de Erros). Refere-se apenas aos erros com características de resposta perseverativas. Avalia o controle inibitório.

**8. Percentual de Erros Perseverativos:** proporção de erros perseverativos em relação ao número de ensaios administrativo. Avalia o controle inibitório.

**9. Erros Não Perseverativos:** este indicador é também um subgrupo do indicador “3” (Total de Erros). Corresponde às respostas erradas que não preenchem os critérios de respostas perseverativas. Avalia o planejamento.

**10. Percentual de Erros Não Perseverativos:** refere-se à proporção de erros não perseverativos em relação ao número de ensaios administrados. Avalia o planejamento.

**11. Respostas de Nível Conceitual:** este indicador é um subgrupo do indicador “2” (Total de Respostas Corretas). São respostas que indicam acertos intencionais, discriminando-os dos acertos aleatórios. Acertos isolados não são considerados conceituais. Respostas de nível conceitual são aquelas ocorridas a partir de uma seqüência ininterrupta de três ou mais acertos. Avalia a formação de conceitos.

**12. Percentual de Resposta de Nível Conceitual:** refere-se à proporção, em relação ao número de ensaios administrativos, de respostas certas que demonstram evidências de acertos conscientes, intencionais e não casuais. Avalia a formação de conceitos.

**13. Número de Categorias Completadas:** corresponde ao total de categorias concluídas pelo respondente. Existem três categorias de classificação das cartas, ordenadas da seguinte forma: Cor, Forma e Número. Cada categoria é concluída quando 10 cartas seguidas são classificadas corretamente de acordo com o critério em foco. Avalia flexibilidade cognitiva.

**14. Ensaios para Completar a Primeira Categoria:** refere-se ao número de ensaios adotados até a conclusão da primeira categoria de classificação das cartas (a partir do critério “Cor”). Avalia flexibilidade cognitiva.

**15. Fracasso em Manter o Contexto:** refere-se a erros inesperados cometidos no meio de uma seqüência de acertos. Contabiliza-se este fracasso quando o respondente já acumula cinco (ou mais) acertos seguidos, falhando após esta seqüência correta de classificação. Avalia memória de trabalho.

**16. Aprendendo a Aprender:** refere-se à aprendizagem da própria tarefa durante sua execução. É verificada através da diferença dos erros cometidos em cada categoria completada. Busca-se verificar a diminuição dos erros, de uma para outra, com o avanço do teste. Só é possível apurar este indicador quando o indivíduo completou pelo menos duas categorias e também tentou fazer a terceira tarefa. Avalia aprendizagem.

### **2.3 Procedimento**

- a) Inicialmente, o projeto de pesquisa foi submetido ao Comitê da Fundação de Medicina Tropical e recebeu CAAE N. 0005.0.144.115-09, processo nº 455/2009, aprovado em 29 de abril de 2009.

- b) Após a aprovação da pesquisa, deu-se início a coleta dos dados. A estratégia de pesquisa consistia inicialmente no agendamento de pacientes que fossem encaminhados por médicos e técnicos da FMT, assim como aqueles que, após divulgação, solicitavam agendamento por telefone. Todavia, constatou-se que estas estratégias alcançavam uma pequena parte da amostra pretendida, distante da meta original que era de 150 pacientes. Após análise das estratégias anteriores, decidiu-se por uma estratégia mais ativa que consistia em apresentar individualmente para aqueles pacientes que se encontravam na Farmácia da FMT o objetivo da pesquisa e as condições necessárias para participar. Desta forma conseguiu-se atingir uma amostra com 104 participantes. A partir deste ponto, a amostra já dava sinais de saturação. Pois, encontrava-se novamente os mesmos voluntários que já haviam participado da pesquisa ou que já haviam recusado. Em vista disso, decidiu-se concluir a coleta de dados com este número.
- c) Os dados coletados foram apurados individualmente conforme os respectivos manuais dos testes adotados, e aplicados na seguinte ordem: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, Questionário Sociodemográfico, Teste Wisconsin de Classificação de Cartas - WCST, Escala de Personalidade de Comrey - CPS, Inventário de Depressão, Inventário de Ansiedade e Questionário para Avaliação da Adesão ao TARV.
- d) O procedimento se deu numa única sessão, de forma individual, em local apropriado e em condições de privacidade, levando em média 60 minutos com cada voluntário. Depois das aplicações, cada protocolo recebeu um número a fim de proteger a confidencialidade dos resultados.
- e) Todos os resultados das avaliações psicológicas e dados sociodemográficos dos participantes da amostra foram digitados numa planilha do *Excel* e sistematizados num banco de dados, para posterior tratamento estatístico: descritivos e analíticos.
- f) A análise do Teste *Wisconsin* de Classificação de Cartas seguiu a padronização proposta por Heaton *et al* (1993) e adaptada para o Brasil por Jurema Alcides Cunha, obtendo-se as notas em todos os indicadores avaliativos do WCST, apurando-se cada protocolo por meio de um programa computacional específico para esse fim.

Todos os dados foram tratados em um programa de cálculos estatísticos voltado às ciências sociais, o *Statistical Package for the Social Sciences* – SPSS- versão 17.0. Foram feitas estatísticas descritivas e analíticas das variáveis estudadas. Dentre as análises estão o Teste t de *Student* para comparação entre grupos e estudos de Correlação de Pearson entre variáveis.

### 3 RESULTADOS

O estudo dos dados coletados através desta pesquisa junto aos pacientes vivendo com AIDS e em Tratamento com Antirretrovirais da Fundação de Medicina Tropical – FMT- da Cidade de Manaus propiciaram o delineamento de aspectos importantes para a compreensão de questões referentes a uma maior ou menor adesão ao tratamento e futura orientação a tais pacientes.

#### 3.1 Dados Sociodemográficos

Dos 81 participantes, 30,9% eram do sexo feminino e 69,1% eram do sexo masculino. A idade dos participantes variou entre 18 e 63 anos, com média de 35,5 e desvio padrão de 8,62.

A média de escolaridade dos participantes foi de 9,19 anos, com 3,07 anos de desvio padrão. O estado civil predominante foi o solteiro, representando 64,20% do total; os demais são representados respectivamente por: casados (32,1%), divorciados (2,5%) e viúvos (1,2%), conforme tabela abaixo.

A classe econômica com maior representatividade dentro na amostra foi a C2 (42%), com renda média familiar estimada em R\$ 861,00 e a de menor representação foi a A1, não tendo tido nenhum representante na amostra em questão.

Em relação ao ano da primeira prescrição do TARV, os pacientes distribuíram-se entre os anos de 1991 até 2009, sendo que 50,60% da amostra recebeu a primeira prescrição dos medicamentos entre os anos de 2007 e 2009.

Quanto à origem, 72,80% dos voluntários são naturais do Estado do Amazonas, 17,30% do Estado do Pará, e 9,90% são provenientes de outros Estados da região Norte e Nordeste do Brasil.

Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	%
Sexo				
Feminino	25			31
Masculino	56			69

Variáveis	N	Média	Desvio Padrão	%
Idade (Anos)		35,5	8,62	
Anos de Escolaridade		9,19	3,07	
<b>Estado Civil</b>				
Viúvo	1			1,20
Divorciado	2			2,50
Casado	26			32,10
Solteiro	52			64,20
<b>Classe Econômica (Categoria)</b>				
A1	0			0,00
A2	1			1,20
B1	1			1,20
B2	9			11,10
C1	27			33,30
C2	34			42,00
D	8			9,90
E	1			1,20
<b>Ano da Primeira Prescrição</b>				
1991/2000	12			14,80
2001/2004	17			21,00
2005	6			7,40
2006	5			6,20
2007	10			12,30
2008	14			17,30
2009	17			21,00
<b>Estado de Origem</b>				
Amazonas	59			72,80
Pará	14			17,30
Maranhão	03			3,70
Acre	02			2,50
MT/RN/RR	03			3,70

Tabela 1: Dados sociodemográficos

Fonte: dados da pesquisa.

### 3.2 Adesão ao TARV

Inicialmente serão apresentados os dados referentes à adesão ao tratamento antirretroviral, obtido por meio do “Questionário Para Avaliação da Adesão ao TARV”. Neste instrumento, os pontos de corte são: escores  $\leq 74$ , adesão baixa/insuficiente; escores entre 75 e 79, adesão boa/adequada e escores  $\geq 80$ , adesão excelente. Na Tabela 02 constam os escores encontrados entre os voluntários da pesquisa.

QATARV (Escore)	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
41	2	2,5	2,5
57	3	3,7	6,2
58	1	1,2	7,4
60	1	1,2	8,6
61	2	2,5	11,1
65	4	4,9	16,0
66	2	2,5	18,5
67	1	1,2	19,8
68	1	1,2	21,0
69	4	4,9	25,9
70	1	1,2	27,2
71	3	3,7	30,9
72	5	6,2	37,0
73	3	3,7	40,7
74	3	3,7	44,4
75	2	2,5	46,9
76	5	6,2	53,1
77	5	6,2	59,3
78	5	6,2	65,4
79	3	3,7	69,1
80	2	2,5	71,6
81	7	8,6	80,2
82	6	7,4	87,7

QATARV (Escore)	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
83	4	4,9	92,6
84	3	3,7	96,3
85	1	1,2	97,5
87	2	2,5	100,0
Total	81	100,0	

Tabela 2: Escores do Questionário de Adesão ao TARV.

Fonte: dados da pesquisa.

Conforme Tabela 3, pode-se observar que 44,4% dos pacientes apresentaram adesão baixa/insuficiente. Este número representa quase metade da amostra, ou seja, é uma proporção significativa dos voluntários avaliados. Adiante, nas próximas análises estatísticas, serão apresentadas algumas hipóteses para maior ou menor adesão ao tratamento.

QATARV (Grau de adesão)	Frequência	Percentual	Percentual Acumulado
Baixa / Insuficiente	36	44,4	44,4
Boa / Adequada	20	24,7	69,1
Excelente	25	30,9	100,0
Total	81	100,0	

Tabela 3: Grau de Adesão ao TARV.

Fonte: dados da pesquisa.

Ao examinar os dados sociodemográficos em função do grau de adesão ao TARV observou-se que os homens – ao contrário das mulheres – demonstram maior adesão ao TARV, com escores progressivos nas três categorias: 61,1% na Baixa adesão, 70% na adesão média e 80% com excelente adesão. Em relação às categorias socioeconômicas, a faixa C2 apresentou menor adesão ao tratamento com presença de 50% no escore correspondente a Baixa Adesão. A adesão excelente, por sua vez este distribuída equivalentemente em todas as classes sociais. Em relação ao estado civil, foi encontrada também uma progressão nas categorias de baixa, boa e excelente adesão ao TARV entre os solteiros (58,3%, 60% e 76%).

Dados Sociodemográficos		Baixa Adesão (%)	Boa Adesão (%)	Excelente Adesão (%)
<b>Sexo</b>				
	Masculino	61,10	70,00	80,00
	Feminino	38,90	30,00	20,00
<b>Classe Social</b>				
	A1	-	-	-
	A2	-	-	4,00
	B1	-	-	4,00
	B2	11,10	10,00	12,00
	C1	27,80	30,00	44,00
	C2	50,00	55,00	20,00
	D	11,10	5,00	12,00
	E	-	-	4,00
<b>Estado Civil</b>				
	Viúvo	2,80	-	-
	Divorciado	2,80	5,00	-
	Casado	36,10	35,00	24,00
	Solteiro	58,30	60,00	76,00
<b>Esquema de prescrição</b>				
	Duplo	27,80	30,00	32,00
	Triplo	72,20	70,00	68,00

Tabela 4: Dados sociodemográficos em função da adesão ao TARV.  
Fonte: dados da pesquisa.

### 3.3 Correlação de Pearson: adesão ao tratamento e variáveis da amostra

Por meio do teste de correlação de Pearson foi possível observar nesta amostra que a presença da condição de ansiedade e depressão estão associadas ao baixo nível de adesão ao tratamento antirretroviral, ao nível de significância de 0,01, ou seja, com apenas 1% de probabilidade deste resultado ser casual.

Examinando-se o nível de adesão ao tratamento e as características de personalidade, observou-se que a única variável que demonstra estar associada é a Estabilidade Emocional.

Ou seja, quanto mais estável emocionalmente melhor a adesão ao tratamento, ao nível de significância de 0,05, com apenas 5% de probabilidade deste resultado ser casual.

Vale ressaltar que as demais características de personalidade não estão associadas ao maior ou menor adesão ao TARV. O que indica que quaisquer pessoas, com quaisquer estilos de ser e se expressar como pessoa, pode ter maior ou menor adesão ao tratamento, determinado por outros fatores que não a sua personalidade.

Variáveis da Amostra	Adesão ao Tratamento
Idade	0,058
Escolaridade	0,176
Tempo de tratamento	0,048
Depressão (Escore)	-0,389**
Ansiedade (Escore)	-0,336**
Atitudes Defensivas - Atitudes Confiantes	0,048
Indisciplina – Organização	0,031
Inadequação/rebeldia - Adaptação/conformidade	-0,120
Baixa Energia - Elevada Atividade	0,078
Instabilidade Emocional - Estabilidade Emocional	0,245*
Introversão – Extroversão	0,128
Sensibilidade – Rudeza	0,142
Egocentrismo – Empatia	-0,018

Tabela 5: Correlação de Pearson quanto à adesão ao TARV e variáveis da amostra.

Fonte: Dados da pesquisa.

\* Correlação estatisticamente significativa ao nível de 0.05.

\*\* Correlação estatisticamente significativa ao nível de 0.01.

### 3.4 Avaliação psicoafetiva em função do grau de adesão ao tratamento

Ao analisar os dados da avaliação psicoafetiva efetuada por meios dos inventários de Depressão e Ansiedade, observou-se que os indicadores de depressão e ansiedade são mais acentuados nas pessoas com Baixa Adesão ao TARV, conforme podem ser visualizados nas Tabelas 5 e 6.

Escores	Classificação Clínica da Depressão	Diagnóstico da Depressão	Total (%)	Baixa Adesão (%)	Boa Adesão (%)	Excelente Adesão (%)
0-10	Negativo	Mínimo	39,50	19,40	65,00	48,00
11-18	Negativo	Leve	32,10	41,70	15,00	32,00
19-32	Positivo	Moderado	22,2	27,80	15,00	20,00
33-57	Positivo	Grave	6,20	11,10	5,00	0,00

Tabela 6: Avaliação da depressão em função do grau de adesão ao tratamento.  
Fonte: Dados da pesquisa.

Escores	Classificação Clínica da Ansiedade	Diagnóstico da Depressão	Total (%)	Baixa Adesão (%)	Boa Adesão (%)	Excelente Adesão (%)
0-12	Negativo	Mínimo	30,9	22,2	55,0	44,0
13-22	Negativo	Leve	33,3	30,6	25,0	24,0
23-35	Positivo	Moderado	27,2	38,9	15,0	20,0
36-72	Positivo	Grave	8,6	8,3	5,0	12,0

Tabela 7: Avaliação da ansiedade em função do grau de adesão ao tratamento.  
Fonte: Dados da pesquisa.

### 3.5 Avaliação dos traços de personalidade baseado na média dos Percentis

Os dados aqui apresentados são os resultados das análises da Escala de personalidade Comrey (CPS) para identificação dos principais fatores de constituição do indivíduo. Foram avaliadas oito dimensões da personalidade. Para esta pesquisa, estabeleceu-se o percentil 30 como ponto de corte para as características menos desenvolvidas.

Na Tabela 8 abaixo, estão descritas as médias dos percentis de cada uma das Dimensões avaliadas.

Variáveis	Mínimo	Máxima	Média	Desvio Padrão
Escala T: Confiança Vs Atitude Defensiva	1	85	20,09	20,29
Escala O: Indisciplina Vs Organização	1	99	43,68	33,70
Escala C: Inadequação Vs Adaptação	1	99	29,38	30,18
Escala A: Baixa energia Vs Elevada atividade	1	95	24,20	28,75
Escala S: Instabilidade Emocional Vs Estabilidade Emocional	1	99	27,96	31,85
Escala E: Introversão Vs Extroversão	1	99	34,68	32,97
Escala M: Sensibilidade Vs Rudeza	1	99	21,83	26,16
Escala P: Egocentrismo Vs Empatia	1	99	51,79	31,76

Tabela 8: Médias de percentis das Escalas do Teste de Personalidade – CPS.  
Fonte: Dados da pesquisa.

1. Atitude Confiante vs Atitude Defensiva (Escala T) – Os indivíduos que apresentam alto escore nesse fator de personalidade caracterizam-se como sendo pessoas que acreditam mais na honestidade básica, fidedignidade e boas intenções dos outros. Indivíduos que apresentam escores baixos nesta Escala demonstram características mais defensivas, desconfiadas, retraídas, provavelmente com uma opinião inicialmente negativa do valor do homem. Conforme a Tabela 8, observa-se que a média dos percentis foi de 20,09 com desvio padrão de 20,28, demonstrando que estes indivíduos apresentam uma tendência – em média – para atitudes defensivas. No Gráfico 1 (abaixo) está disposta a distribuição da média dos Percentis da Escala em questão.

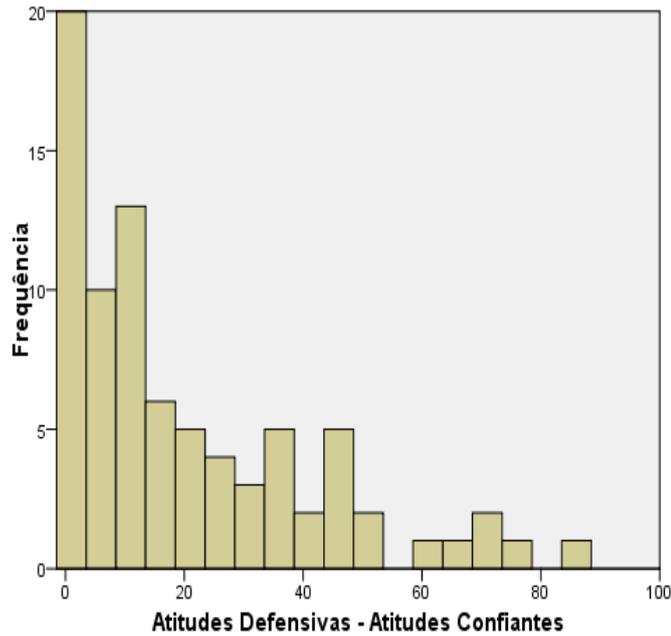


Gráfico1: Atitudes defensivas vs Atitudes confiantes  
 Fonte: dados da pesquisa

2. Indisciplina vs Organização (Escala O) – Os indivíduos com altos escores nesse fator priorizam a organização. São cautelosos, meticulosos e apreciam a rotina. Os indivíduos com escores baixos inclinam-se a serem descuidados, relaxados, não sistemáticos em seu estilo de vida, imprudentes e, por vezes, pouco asseados.

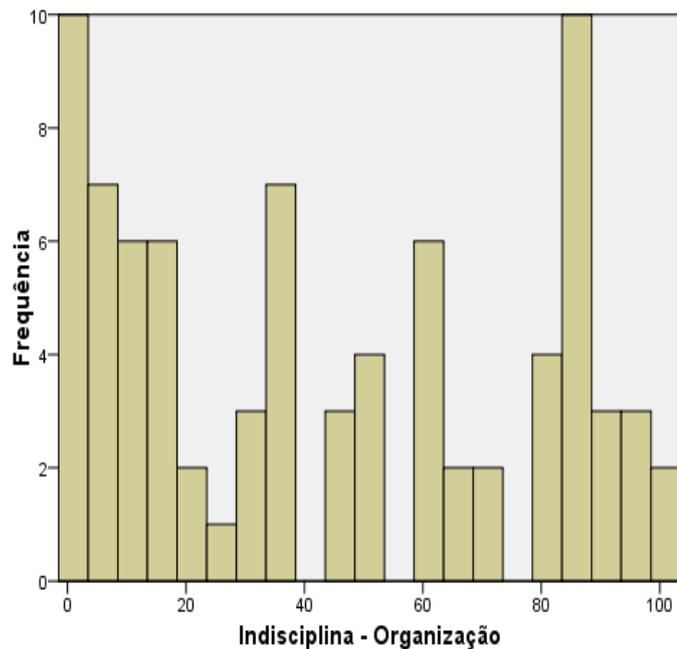


Gráfico 2: Indisciplina vs Organização  
 Fonte :dados da pesquisa

Conforme a Tabela 8, observou-se que a média dos percentis apresenta-se em 43,68 com desvio padrão de 33,70, demonstrando que estas características estão bem distribuídas na amostra, sem tendências relevantes para um ou outro pólo, como se pode observar no Gráfico 2 (acima) da média dos Percentis.

3. Inadequação/rebeldia vs Adaptação/conformidade (Escala C) – Os indivíduos com altos escores nesse fator caracterizam-se como capazes de aceitar a sociedade como ela é, respeitando e acreditando no cumprimento das leis, buscando a aprovação da sociedade e ressentindo-se com o não conformismo dos outros. Os indivíduos com escores baixos, inclinam-se a contestar as leis e as instituições sociais, ressentem-se de controles, não aceitam o conformismo. A população representada nesta pesquisa apresentou média de 29,38 com desvio padrão de 30,18 de percentil na Escala C, conforme pode ser visto na Tabela 8 e Gráfico 3 (abaixo), indicando – em média – tendência a inadequação/rebeldia.

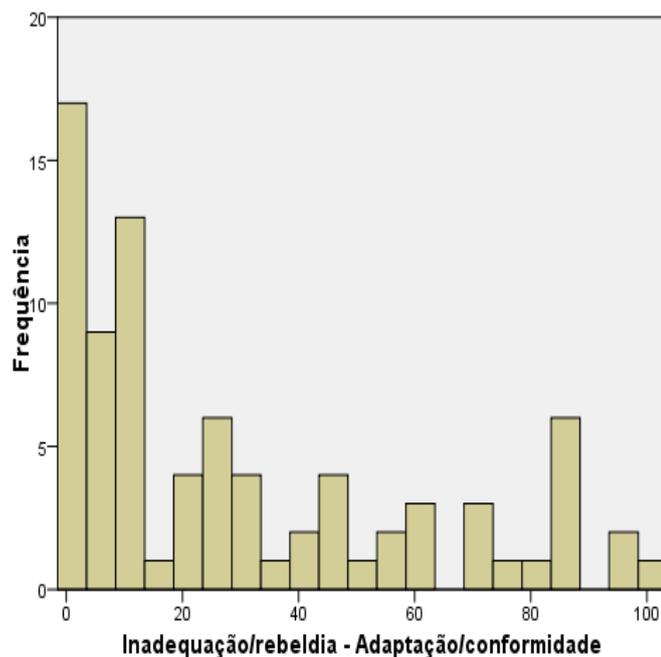


Gráfico 3: Inadequação/rebeldia vs Adaptação/ conformidade.  
Fonte:dados da pesquisa

4. Escala de Baixa energia vs Elevada atividade (Escala A) – Os indivíduos com altos escores nesse fator caracterizam-se como sendo pessoas que gostam de atividades e exercícios físicos. Possuem grande energia e perseverança, esforçando-se para atingirem o máximo de suas capacidades. Baixos escores indicam indisposição para atividades físicas e relutância em permanecer em locais que exijam gasto de energia. Como amostra a Tabela 8, a população em

questão obteve média de percentis de 24,20 com desvio padrão de 28,74, o que demonstra tendência – em média – à baixa energia. A distribuição das da Escala A podem ser visualizadas no Gráfico 4 (abaixo)

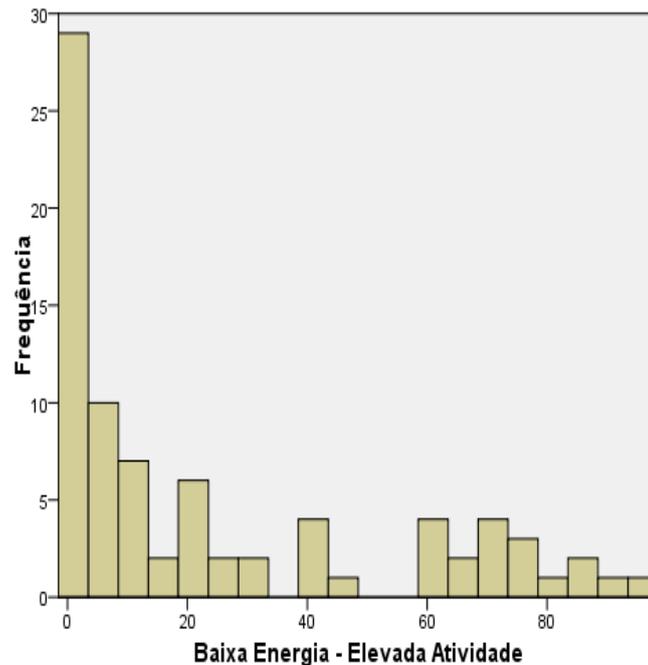


Gráfico 4: Baixa energia vs Elevada atividade  
Fonte: dados da pesquisa

5. Escala de Instabilidade Emocional vs Estabilidade Emocional (Escala S) – Os indivíduos com escores altos nesse fator acreditam ser felizes, calmos, otimistas, de humor estável e confiantes em si mesmos. Já aqueles que apresentam uma pontuação baixa nessa escala têm tendência a serem agitados, pessimistas, com sentimentos de inferioridade, por vezes deprimidos e reagindo com frequentes oscilações de humor. A Tabela 8 aponta que a amostra em questão apresentou média de 27,96 e desvio padrão de 31,85, como também pode ser notado na distribuição de médias de percentil no Gráfico 5, indicando tendência – em média – para instabilidade emocional.

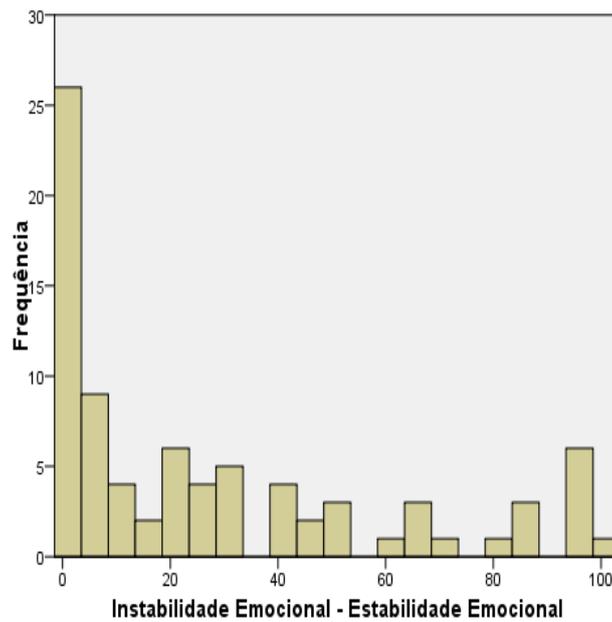


Gráfico 5: Instabilidade emocional vs Estabilidade emocional.  
Fonte: dados da pesquisa.

6. Escala de Extroversão vs Introversão (Escala S) – Os indivíduos com escores altos nesse fator caracterizam-se como sendo pessoas expansivas, sociáveis, acessíveis, com facilidade de contato com desconhecidos e com facilidade para falar em grupos.

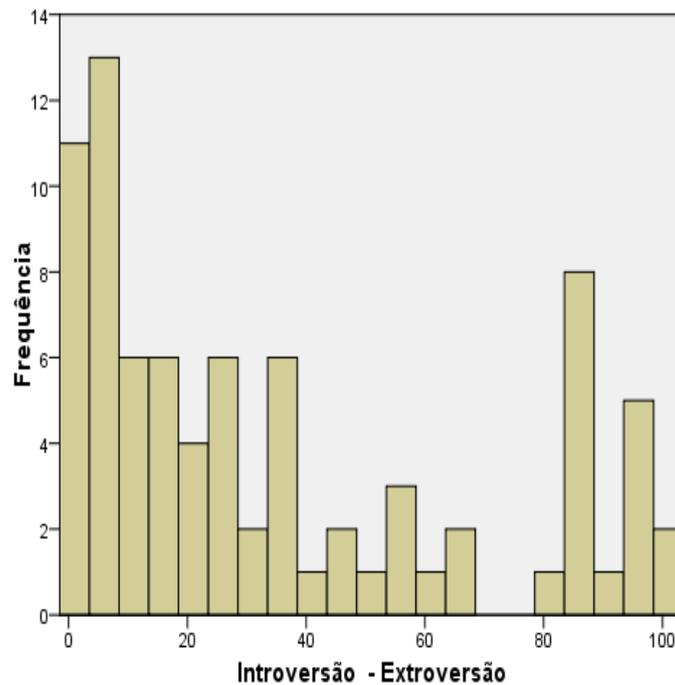


Gráfico 6: Escala de Introversão vs Extroversão  
Fonte: dados da pesquisa

Os indivíduos com escores baixos são reservados, reclusos, tímidos, com dificuldade para estabelecer contato com outros e receiam ser o foco da atenção em situações públicas. Conforme a distribuição das médias de percentis no Gráfico 6 (acima) e a Tabela 8, pode-se observar que os pacientes consultados pela pesquisa apresentaram média 34,68 com desvio padrão de 32,97, indicando tendência – em média – à extroversão.

7. Escala de Rudeza vs Sensibilidade (Escala M) - indivíduos com escores altos nesse fator afirmam ser “fortes”, teimosos e durões, que não se impressionam com cenas violentas, suportam vulgaridades e que não choram facilmente, nem demonstram interesses em histórias românticas e de amor. Escores baixos, são demonstrativos de pessoas que se descrevem com facilidade para chorar, perturbam-se com a visão de sangue e se interessam por histórias românticas. Dentro da amostra, conforme a Tabela 8, foi encontrada uma média de percentil de 21,83 com desvio padrão de 26,16, demonstrando que a amostra tende a apresentar – em média – características de sensibilidade. A seguir, o Gráfico 7, onde é possível visualizar tal distribuição.

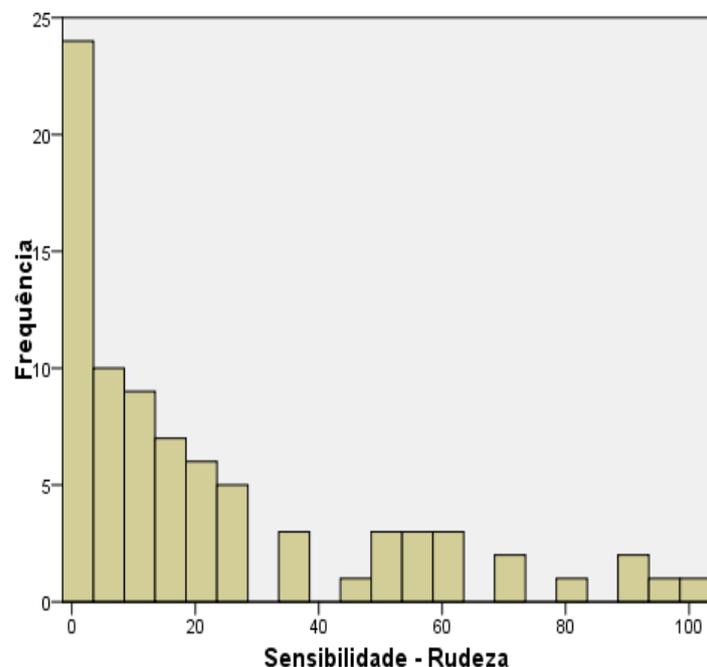


Gráfico 7: Escala de Sensibilidade vs Rudeza.

Fonte: dados da pesquisa.

8. Escala de Empatia vs Egocentrismo (Escala P) – Os indivíduos com escores altos nesse fator descrevem-se como sendo pessoas empáticas, com tendência para sentir o que sentiria outra pessoa caso estivesse na situação experimentada por ela, prestativas, generosas e

altruístas. Indivíduos com escores baixos tendem a se ocupar mais consigo mesmos e com seus próprios objetivos.

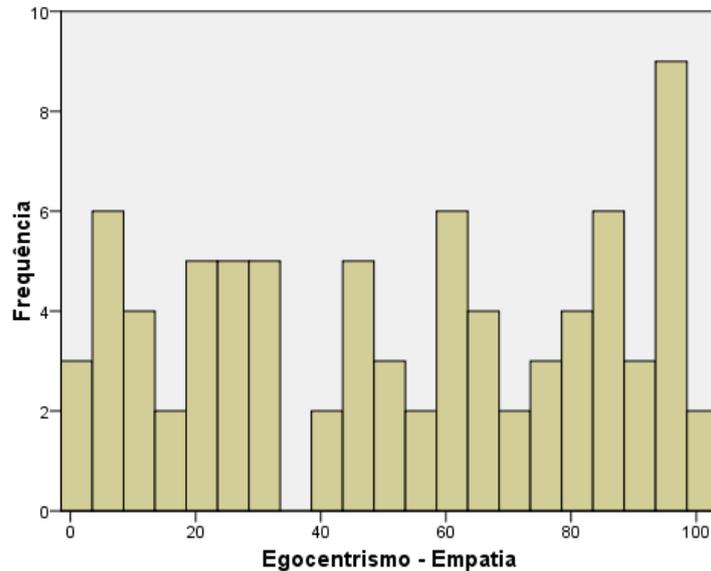


Gráfico 8: Empatia vs Egocentrismo.  
Fonte: dados da pesquisa.

Conforme a Tabela 8, pode-se observar que a amostra apresentou média de percentil de 51,79 com desvio padrão de 31,79, o que demonstra – em média – uma alta tendência à empatia. No Gráfico 8 (acima) está representada a distribuição de percentil desta Escala.

### 3.6 Estudo de Correlação de Pearson das Funções Executivas (Cognitivas) em função de outras variáveis.

Por meio do estudo de Correlação de Pearson, apresentado na tabela abaixo, observou-se que as funções cognitivas da amostra estudada não apresentam qualquer correlação significativa com idade, com o nível de adesão ao TARV, aos sintomas de depressão e aos sintomas de ansiedade.

No entanto, algumas das funções executivas se correlacionaram com o grau de escolaridade dos participantes. São elas: a) Flexibilidade Cognitiva: quanto mais escolarizados maior o número de categorias completadas no teste; e também, quanto mais escolarizados menor o número de ensaios para completar a primeira categoria do teste. O que indica que nestas pessoas a escolaridade é um fator que parece estar associado a uma maior

maleabilidade mental; b) Controle Inibitório: quanto maior a escolaridade, menores foram os escores nas respostas perseverativas. Ou seja, indica que esta amostra detém maior controle interno de respostas, ou reações inadequadas e desadaptativas, logo são pessoas mais adaptadas e com maior governabilidade da sua dimensão pessoal. Os dados nos levam a crer que a adesão ao TARV da presente amostra não está correlacionado com o nível de funcionamento cognitivo, pois, neste estudo de Correlação de Pearson elas não se demonstraram estatisticamente significativas.

Indicadores Avaliativos do WCST	Função Examinada	Idade	Escolaridade	Adesão TARV	Depressão	Ansiedade
Categorias Completadas	Flexibilidade cognitiva	-0,042	,234*	-0,143	-0,042	0,127
Ensaio Administrados	-	-0,137	0,023	0,042	-0,041	-0,140
Número Total Correto	-	0,011	0,208	0,067	-0,176	-0,017
Número Total de Erros	Memória de Trabalho	-0,088	-0,150	-0,028	0,114	-0,068
Percentual de Erros	Memória de Trabalho	-0,086	-0,172	-0,040	0,133	-0,054
Respostas Perseverativas	Controle inibitório	0,019	-0,286*	-0,126	0,199	-0,004
Percentual de Respostas Perseverativas	Controle inibitório	0,02	-0,296**	-0,134	0,210	0,005
Erros Perseverativos	Controle inibitório	-0,003	-0,258*	-0,100	0,190	-0,006
Percentual de Erros Perseverativos	Controle inibitório	0,000	-0,271*	-0,110	0,201	0,005
Erros Não-perseverativos	Controle inibitório	-0,11	0,072	0,066	-0,048	-0,081
Percentual de Erros Não Perseverativos	Planejamento	-0,119	0,077	0,078	-0,058	-0,069
Respostas de Nível Conceitual	Planejamento	0,017	0,207	-0,022	-0,144	0,032
Percentual de Respostas de Nível Conceitual	Formação de conceitos	0,068	0,174	-0,022	-0,112	0,082
Ensaio para completar a primeira categoria	Flexibilidade cognitiva	0,043	-0,314**	0,112	0,007	-0,099
Fracasso em Manter o Contexto	Concentração	0,041	0,015	0,121	-0,115	-0,017
Aprendendo a Aprender	Aprendizagem	0,292	-0,156	0,102	0,060	0,106

Quadro 2: Correlação de Pearson das Funções Executivas (Cognitivas) em função de outras variáveis.

Fonte: Dados da pesquisa.

\*Nível de Significância de 0,05 / \*\* Nível de Significância de 0,01.

## 4 CONCLUSÃO

A infecção pelo vírus do HIV/AIDS não atinge mais tão somente aqueles que se encontram dentro dos chamados grupos de risco. Hoje, o público infectado abarca jovens, adultos, mulheres em união estável, adolescentes, principalmente as do sexo feminino, crianças que contraíram o vírus pela transmissão vertical mãe-bebê, e até mesmo a população a partir de cinquenta anos, encontram-se entre as faixas etárias que mais crescem entre portadores do vírus. A sobrevivência destes pacientes deve-se em grande parte ao acesso gratuito dos pacientes aos medicamentos antirretrovirais.

Para tanto se faz necessário um alto nível de adesão ao TARV à medida que uma adesão insatisfatória pode acarretar em aumento da carga viral, mutações do vírus, resistência aos medicamentos e queda do sistema imunológico.

Assim como os fatores biomédicos se destacam na compreensão da evolução do vírus e da adesão ao tratamento, os aspectos psicoafetivos interagem na qualidade de vida dos pacientes, visto que é frequente encontrar em pessoas que convivem com HIV/AIDS certa presença de transtornos de humor, como depressão, ansiedade e até mesmo déficits cognitivos, o que por sua vez influencia negativamente na evolução do tratamento e, por conseguinte, altera qualitativamente a vida daqueles que estão em tratamento.

A presente pesquisa revelou dados muito relevantes e pertinentes à relação entre a presença de tais aspectos psicoafetivos e a adesão ao tratamento. Pôde-se notar que a baixa adesão é acompanhada por índices maiores de depressão e ansiedade. Tais dados apontam para a necessidade imediata de investigações mais profundas dos estados psicoafetivos dos pacientes visando à promoção da saúde e do equilíbrio emocional, a maior adesão ao TARV, e a maior eficácia social dos investimentos públicos com este tratamento.

A caracterização de traços de personalidade da amostra apontou para um perfil mais defensivo, com inconformidade social, falta de energia para atividades físicas, instabilidade emocional, extroversão e sensibilidade. Tais dados podem servir de base para futuras investigações mais aprofundadas de modo a compreender o grau de influência de tais características em relação a uma maior ou menor adesão ao tratamento. No entanto, no presente estudo, a única característica de personalidade associada à maior adesão ao TARV foi a estabilidade emocional. Estas pessoas demonstraram uma maior adesão ao tratamento.

Embora os dados referentes aos aspectos cognitivos não tenham apresentado correlação direta com a adesão ao tratamento, um dado que se mostrou associado ao bom desempenho cognitivo foi o nível de escolaridade dos pacientes. Este dado aponta a relevância da instrução escolar para uma melhor flexibilidade mental, o que de certa forma afeta, se não a adesão propriamente dita, outros aspectos que compõem a vida dos pacientes.

Por fim, espera-se que este trabalho possa ainda trazer maiores subsídios que possibilitem aos profissionais e instituições que lidam com esta clientela promover, através de educação e de acompanhamento clínico-psicológico, uma melhor qualidade de vida para as pessoas infectadas pelo HIV.

Os dados ora coletados ainda continuarão sendo melhor analisados para produção de publicações científicas referentes aos achados aqui apresentados.

## REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

American Psychiatric Association. **DSM-IV-TR, Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders**. 4ª ed. Texto revisado. Washington, DC: APA: 2002.

American Psychology Association. **Dicionário de Psicologia da APA**. Porto Alegre: Artmed, 2010.

BRASIL (2004). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Critério de definição de casos de Aids em adultos e crianças**. Brasília, DF.

BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Curso de Vigilância Epidemiológica em HIV e Aids. Caderno do Aluno, unidade I**. Brasília, DF.

BRASIL (2005). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Curso de Vigilância Epidemiológica em HIV e Aids. Caderno do Aluno, unidade II**. Brasília, DF.

BRASIL (2006). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Manual de rotinas para assistência a adolescentes vivendo com HIV/Aids**. Brasília, DF.

BRASIL (2000). Ministério da Saúde. Secretaria de Políticas de Saúde. Coordenação Nacional de DST/AIDS. **Manual de Assistência Psiquiátrica em HIV/AIDS**. Brasília, DF.

BRASIL (2008). Ministério da Saúde. Secretaria de Vigilância em Saúde. Programa Nacional de DST e Aids. **Resposta. Experiência do Programa Brasileiro de Aids**. Brasília, DF.

BONOLO, Palmira de Fátima; GOMES, Raquel Regina de Freitas Magalhães; GUIMARÃES, Mark Drew Crosland. **Adesão à terapia antiretroviral (HIV/Aids): fatores associados e medidas da adesão**. Epidemiol. Serv. Saúde, Brasília, 16(4):261-278, out-dez, 2007.

CARVALHO, Cláudio Viveiros et al. **Determinantes da adesão ao tratamento antiretroviral em Brasília, DF: um estudo de caso controle**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical 40(5):555-565, set-out, 2007.

COLOMBRINI, Maria Rosa Ceccato; LOPES, Maria Helena BM; FIGUEIREDO, Rosely Moralez. **Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS**. Rev Esc Enferm USP, 2006; 40(4):576-81.

CHESNEY MA, MORIN M, SHERR L. **Adherence to HIV combination therapy**. Soc Sci Med. 2000;50 (12) 1599-605.

COSTA, Flavio Rodrigues. **CPS: Escala de Personalidade de Comrey: manual**. 2.ed. rev. e ampl. São Paulo: Vetor, 2003.

FAUSTINO, Quintino de Medeiros. **Intervenção cognitivo comportamental e comportamento de adesão ao tratamento antiretroviral em pessoas vivendo com HIV/AIDS**. 2006. 155f. Dissertação (Mestrado em Psicologia) – Instituto de Psicologia, Universidade de Brasília, Brasília.

GALVÃO, Marli Teresinha Gimenez et al. **Avaliação da qualidade de vida de mulheres com HIV/Aids através do HAT-QoL**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 20(2): 430-437, mar- a b r, 2004.

GREENBERGER, D. & PADESKY C. A. **A Mente Vencendo o Humor**. Porto Alegre, ArtMed: 1999.

HALL, C.S.; Lindzey G.; Campbell, J.B. **Teorias da personalidade**. Porto Alegre: Artmed; 2000.

HEATON, K. R. et al. **Wisconsin Card Sorting Test Manual: revised and expanded**. Odessa. Psychological Assessment Resources. 1993, 230 p.

LEITE, SN & VASCONCELLOS, MPC. **Adesão à terapêutica medicamentosa: elementos para a discussão de conceitos e pressupostos adotados na literatura**. Ciência & Saúde Coletiva, 8(3): 775-782 2003.

LOPES, Marcos Venícios de Oliveira &. FRAGA, Maria de Nazaré Oliveira. **Pessoas vivendo com HIV: Estresse e suas formas de enfrentamento**. Rev. latino-am. Enfermagem - Ribeirão Preto - v. 6 - n. 4 - p. 75-81 - outubro 1998.

MAIDEN, RJ; PETERSON, SA; CAYA, M; HAYSLIP Jr, B. **Personality changes in the old-old: a longitudinal study**. J Adult Dev. 2003;10(1):31-9.

MALBERGIER, André; e SCHÖFFEL, Adriana C. **Tratamento de depressão em indivíduos infectados pelo HIV**. Rev. Bras. Psiquiatria 2001; 23(3): 160-7.

MALTA, M et al. **A Qualitative Study on ARV Adherence in Brazil**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 21(5): 1424-1432 set-out, 2005.

MARQUES, HHS et al. **A revelação do diagnóstico na perspectiva dos adolescentes vivendo com HIV/Aids e seus pais e cuidadores**. Cad. Saúde Pública, Rio de Janeiro, 22(3):619-629, mar, 2006.

MELCHIOR, Regina et al. **Desafios da adesão ao tratamento de pessoas vivendo com HIV/Aids no Brasil**. Rev Saúde Pública 41(Supl. 2):87-93, 2007.

MURPHY, D.A. et al. **Antiretroviral medication adherence among the REACH HIVinfected adolescent cohort in the USA.** *AIDS Care*, 2001,13: 27-40

NERI, A.L. **Palavras-chave em gerontologia.** 2. ed. Campinas: Alínea:2005.

OLIVEIRA, Jacqueline Ferreira et all. **Doença neurológica em pacientes infectados pelo HIV na era da terapia antiretroviral altamente ativa: uma experiência brasileira.** *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical* 39(2):146-151, mar-abr, 2006.

PATERSON, D.L. et al. **Adherence to protease inhibitor therapy and outcomes in patients with HIV infection.** *Annals of Internal Medicine*,2000,133:21-30

REMOR, Eduardo et al. **Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”.** *Rev Saúde Pública*; 41(5): 685-94. 2007.

SADOCK, Benjamin James & SADOCK, Virginia Alcott. **Compêndio de Psiquiatria: ciências do comportamento e psiquiatria clínica.** 9. ed. Porto Alegre: Artmed, 2007.

SALDANHA, Ana AW; FIGUEIREDO, Marco AC; COUTINHO, Maria da Penha L. **Atendimento psicossocial à Aids: a busca pelas questões subjetivas.** *DST – J bras Doenças Sex Transm* 16(3): 84-91, 2004.

SEIDL, Eliana Maria Fleury & Machado, Ana Cláudia Almeida. **Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/Aids.** *Psicologia em Estudo*, Maringá, v. 13, n. 2, p. 239-247, abr./jun. 2008.

SEIDL, Eliana Maria Fleury et al. **Pessoas vivendo com HIV/Aids: variáveis associadas à adesão ao tratamento antiretroviral.** *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 23(10): 2305-2316, out, 2007.

SETHI,AK et al. **Associacion between adherence to antiretroviral therapy and human immunodeficiency virus drug resistance.** *Clin Infect Dis*, 37:1112-1118

SILVA-FILHO, José Humberto. **Validade e normas do Wisconsin Card Sorting Test em adultos da região de Ribeirão Preto,** 2007. 226 p.

VASCONCELLOS, Doris et al. **Condições psicológicas para a observação das terapias antiretrovirais altamente ativas (HAART).** *R. Psiquiatr. RS*, 25'(2): 335-344, mai./ago. 2003.

VOELKER, R. **HIV drug resistance.** *Journal of American Medical Association*, 2000. 284:169

## **ANEXOS**

## ANEXO A - Cronograma

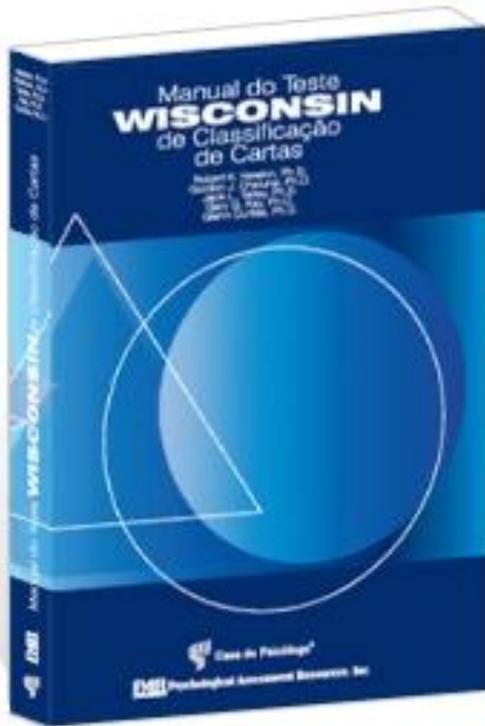
DESCRIÇÃO	Ago 2009	Set	Out	Nov	Dez	Jan 2010	Fev	Mar	Abr	Mai	Jun	Jul
Levantamento Bibliográfico												
Revisão da Literatura												
Seleção de pacientes para a pesquisa e aplicação dos testes psicológicos												
Construção e alimentação (digitação) de um banco de dados												
Análises estatísticas paramétricas e não-paramétricas												
Análise e discussão dos resultados												
Preparação do Relatório final												
Apresentação do Relatório final												

## ANEXO B - Parecer do Comitê de Ética

Andamento do projeto - CAAE - 0005.0.114.115-09				
<b>Título do Projeto de Pesquisa</b>				
CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS DE PACIENTES COM AIDS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTI-RETROVIRAL				
<b>Situação</b>	<b>Data Inicial no CEP</b>	<b>Data Final no CEP</b>	<b>Data Inicial na CONEP</b>	<b>Data Final na CONEP</b>
Aprovado no CEP	12/03/2009 12:11:40	12/05/2009 12:37:41		
<b>Descrição</b>	<b>Data</b>	<b>Documento</b>	<b>Nº do Doc</b>	<b>Origem</b>
1 - Envio da Folha de Rosto pela Internet	13/02/2009 16:47:01	Folha de Rosto	FR.243284	Pesquisador
2 - Recebimento de Protocolo pelo CEP (Check-List)	12/03/2009 12:11:40	Folha de Rosto	0005.0.114.115-09	CEP
3 - Protocolo Aprovado no CEP	12/05/2009 12:37:41	Folha de Rosto	1964	CEP

[Voltar](#)

### ANEXO C – Teste Wisconsin de Classificação de Cartas



**ANEXO D - Escala de Personalidade de Comrey**

## ANEXO E - Inventário de Depressão de A Mente Vencendo o Humor

Circule (marque) o número, em cada item, que melhor descreve o quanto você experimentou cada sintoma na última semana.

Cliente: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	Nem um Pouco	Às Vezes	Freqüente mente	A maior Parte do Tempo
1. Humor triste ou deprimido	0	1	2	3
2. Sentindo-se culpado	0	1	2	3
3. Humor irritado	0	1	2	3
4. Menos interesse ou prazer em atividades de costume	0	1	2	3
5. Fugindo ou evitando pessoas	0	1	2	3
6. Achar mais difícil fazer as coisas do que de costume	0	1	2	3
7. Vendo-se a si mesmo como inútil	0	1	2	3
8. Dificuldades para se concentrar	0	1	2	3
9. Dificuldades de tomar decisões	0	1	2	3
10. Pensamentos suicidas	0	1	2	3
11. Pensamentos de morte recorrente	0	1	2	3
12. Pensar num plano suicida	0	1	2	3
13. Baixa auto-estima	0	1	2	3
14. Não ver esperanças no futuro	0	1	2	3
15. Pensamentos de auto-crítica	0	1	2	3
16. Cansaço ou perda de energia	0	1	2	3
17. Perda de peso importante ou diminuição do apetite (Não incluir perda de peso decorrente de dieta)	0	1	2	3
18. Alterações no padrão de sono – dificuldades para dormir ou dormir mais ou menos do que de costume	0	1	2	3
19. Desejo sexual diminuído	0	1	2	3

Escore (Total de números circulados) \_\_\_\_\_

## ANEXO F - Inventário de Ansiedade de A Mente Vencendo o Humor

Circule (marque) o número, em cada item, que melhor descreve o quanto você experimentou cada sintoma na última semana.

Nome: \_\_\_\_\_

Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_

	Nem um Pouco	Às Vezes	Freqüente mente	A maior Parte do Tempo
1. Nervosismo	0	1	2	3
2. Preocupação freqüente	0	1	2	3
3. Tremores, espasmos musculares	0	1	2	3
4. Tensão muscular, dores musculares	0	1	2	3
5. Inquietação	0	1	2	3
6. Cansaço fácil	0	1	2	3
7. Respiração superficial	0	1	2	3
8. Batimento cardíaco acelerado	0	1	2	3
9. Transpiração não devido a calor	0	1	2	3
10. Boca seca	0	1	2	3
11. Tonteira, vertigem	0	1	2	3
12. Náusea, diarreia ou problemas estomacais	0	1	2	3
13. Urinação freqüente	0	1	2	3
14. Rubores (calores) ou calafrios	0	1	2	3
15. Dificuldade de engolir ou "bola na garganta"	0	1	2	3
16. Sentindo-se tenso ou excitado	0	1	2	3
17. Facilmente assustado	0	1	2	3
18. Dificuldade de concentração	0	1	2	3
19. Dificuldade para pegar no sono ou dormir	0	1	2	3
20. Irritabilidade	0	1	2	3
21. Evitando lugares onde posso ficar ansioso	0	1	2	3
22. Pensamentos freqüentes de perigo	0	1	2	3
23. Vendo-se incapaz de lidar com as dificuldades	0	1	2	3
24. Pensamentos freqüentes de que algo terrível irá acontecer	0	1	2	3

Escore (Total de números circulosados) \_\_\_\_\_

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

Paciente: \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_/\_\_\_/\_\_\_

Durante a última semana:

	Sempre	Mais da metade das vezes	Aproximadamente a metade das vezes	Algumas vezes	Nenhuma vez
1. Deixou de tomar sua medicação alguma vez?					
2. Se alguma vez sentiu-se melhor, deixou de tomar sua medicação?					
3. Se alguma vez depois de tomar sua medicação sentiu-se pior, deixou de tomá-la?					
4. Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?					

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

\_\_\_\_\_

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

Ruim	Um pouco ruim	Regular	Pode melhorar	Boa
------	---------------	---------	---------------	-----

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

	Não, Nunca	Sim, Alguma vez	Sim, Aproximadamente a metade das vezes	Sim, Muitas vezes	Sim, Sempre
12. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?					
13. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o tratamento?					

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

Muito insatisfeito	Insatisfeito	Indiferente	Satisfeito	Muito satisfeito
--------------------	--------------	-------------	------------	------------------

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

Muito intensos	Intensos	Medianamente intensos	Pouco intensos	Nada intensos
----------------	----------	-----------------------	----------------	---------------

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

Muito tempo	Bastante tempo	Regular	Pouco tempo	Nada de tempo
-------------	----------------	---------	-------------	---------------

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

Nada cumpridor	Pouco cumpridor	Regular	Bastante	Muito cumpridor
----------------	-----------------	---------	----------	-----------------

18. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

Muita dificuldade	Bastante dificuldade	Regular	Pouca dificuldade	Nenhuma dificuldade
-------------------	----------------------	---------	-------------------	---------------------

	SIM	NÃO
19. Desde que está em tratamento alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um? [Se responde afirmativamente, Quantos dias aproximadamente?]		
20. Utiliza alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação? Qual? _____		

## APÊNDICES

## APÊNDICE A - Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

### DADOS DE IDENTIFICAÇÃO DO SUJEITO DA PESQUISA:

1. Nome do Paciente: \_\_\_\_\_
2. Documento de Identidade: \_\_\_\_\_ Sexo: ( )M ( )F
3. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_
4. Endereço: \_\_\_\_\_ No. \_\_\_\_ Apto \_\_\_\_\_
5. Bairro: \_\_\_\_\_ Cidade: \_\_\_\_\_
6. CEP: \_\_\_\_\_ Telefone ( ) \_\_\_\_\_

### DADOS SOBRE A PESQUISA CIENTÍFICA

1. Título da Pesquisa: Características psicológicas de pacientes com Aids e adesão ao tratamento antirretroviral.
2. Pesquisador: Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho (Neuropsicólogo / Psicólogo Clínico)
3. Inscrição no Conselho Regional de Psicologia: CRP 01/6605
4. Cargo/função: Coordenador do Laboratório de Avaliação Psicológica do Amazonas / Faculdade de Psicologia / Universidade Federal do Amazonas (UFAM)
5. Avaliação do risco da Pesquisa:  
SEM RISCO ( )Risco Baixo ( )Risco Mínimo ( )Risco Médio ( )Risco Maior
6. Duração da Pesquisa (coleta dos dados): Três meses.

### REGISTRO DAS EXPOSIÇÕES DO PESQUISADOR AO PACIENTE SOBRE A PESQUISA / CONDIÇÕES E MÉTODO DA PESQUISA / NOMES E CONTATOS:

Você está sendo convidado (a) a participar voluntariamente de uma pesquisa intitulada "Características psicológicas de pacientes com Aids e adesão ao tratamento anti-retroviral". Será desenvolvida como parte das atividades de graduação em Psicologia da aluna Diana Santos Simões e Projeto PIBIC da aluna Sandra Carla Hayashi, sob a orientação do Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho. O objetivo é estudar o jeito de ser de cada pessoa, seu estado emocional e a sua adesão ao tratamento antirretroviral.

Para tanto, lhe serão apresentados alguns questionários com perguntas sobre a sua pessoa para que você responda. Também serão apresentados alguns problemas, como num jogo, para examinar o seu raciocínio. A realização destes testes não trazem qualquer risco ou sofrimento a você. Desta forma, você somente precisará dispor do seu tempo para as atividades, estimado em 60 minutos. Os resultados dos testes serão anexados no seu prontuário, na forma de um laudo psicológico, para contribuir com o seu tratamento. Todas as informações serão mantidas em absoluto sigilo, divulgando-se os resultados desta pesquisa apenas em termos grupais, sem identificar os participantes. A sua participação é voluntária. Por isso, a qualquer momento você poderá desistir de participar da pesquisa, sem qualquer implicação ou prejuízo a você ou ao seu tratamento.

Ao participar deste estudo, você não terá qualquer ônus, bem como não obterá qualquer bônus de forma particular. Apenas estará contribuindo para o conhecimento científico sobre o tema e recebendo um laudo psicológico em seu prontuário médico.

O pesquisador se coloca disponível para eventuais dúvidas e necessidades, através do telefone (92) 3305-4350, no Laboratório de Avaliação Psicológica do Amazonas/UFAM e do e-mail [josehumberto@ufam.edu.br](mailto:josehumberto@ufam.edu.br).

Sendo o que se apresenta, contamos com sua participação.

### CONSENTIMENTO PÓS-ESCLARECIDO:

Declaro que, após convenientemente esclarecido pelo pesquisador e ter entendido o que me foi explicado, consinto em participar do presente protocolo de pesquisa.

Manaus, \_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de 2010.

\_\_\_\_\_  
Assinatura do Participante da Pesquisa

\_\_\_\_\_  
Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho

## APÊNDICE B - Questionário de Dados Sociodemográficos e Classificação Socioeconômica

Nome: \_\_\_\_\_  
 Sexo: ( ) Masc. ( ) Fem. Data de Nascimento: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Idade: \_\_\_\_ anos.  
 Estado Civil: \_\_\_\_\_ Cidade de Nascimento: \_\_\_\_\_ Estado: \_\_\_\_  
 Anos de Escolaridade: (11 anos até ensino médio) \_\_\_\_\_  
 Número do Prontuário: \_\_\_\_\_  
 Esquema de Prescrição do TARV: ( ) Duplo ( ) Triplo  
 Quando recebeu a primeira prescrição do TARV? \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_  
 Já interrompeu o TARV alguma vez? \_\_\_\_\_  
 Se sim, por qual razão? (Explorar e registrar) \_\_\_\_\_  
 E por quanto tempo? \_\_\_\_\_  
 Sente dificuldade em manter a disciplina pessoal necessária no TARV? ( )S ( )N ( )Talvez  
 Se sim, por quê? (explorar e registrar) \_\_\_\_\_  
 Prontuário: \_\_\_\_\_

Indicadores de classificação econômica familiar:

### Casa do chefe financeiro:

Itens Domésticos	Ñ Tem	01	02	03	4 ou +
Tv em cores					
Rádio (não incluir do carro)					
Banheiro					
Automóvel					
Empregada mensalista					
Máquina de lavar					
Vídeo cassete/DVD					
Geladeira					
Freezer (parte do duplex)					

### Escolaridade do chefe financeiro:

Analfabeto / Até 3a. Série Fundamental	
Até 4a. Série Fundamental	
Fundamental completo	
Médio completo	
Superior completo	
Somatório e Classe:	____/____

Observações:

\_\_\_\_\_

Examinador \_\_\_\_\_

Manaus, \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_