



UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS

JAISSON BERNARDO DA SILVA VEIGA

AVALIAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS E ADESÃO AO TARV DE  
PESSOAS COM HIV/AIDS.

MANAUS

2020

JAISSON BERNARDO DA SILVA VEIGA

AVALIAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS E ADESÃO AO TARV DE  
PESSOAS COM HIV/AIDS.

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, como requisito parcial para a qualificação de Mestre em Psicologia. Área de concentração: Processos Psicológicos e Saúde. Orientador: Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho

MANAUS

2020

### Ficha Catalográfica

Ficha catalográfica elaborada automaticamente de acordo com os dados fornecidos pelo(a) autor(a).

V426a Veiga, Jaisson Bernardo da Silva  
Avaliação de características psicológicas e adesão ao TARV de  
pessoas com HIV/AIDS. / Jaisson Bernardo da Silva Veiga . 2020  
100 f.: il. color; 31 cm.

Orientador: José Humberto da Silva Filho  
Dissertação (Mestrado em Psicologia: Processos Psicológicos e  
Saúde) - Universidade Federal do Amazonas.

1. Avaliação psicológica. 2. Adesão ao TARV. 3. HIV/Aids. 4.  
Saúde. I. Silva Filho, José Humberto da. II. Universidade Federal do  
Amazonas III. Título



ATA DO JULGAMENTO DA 145ª DEFESA DE DISSERTAÇÃO DE Mestrado DO PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA, APRESENTADA PELO MESTRANDO JAISSON BERNARDO DA SILVA VEIGA, NA LINHA DE PESQUISA DE PROCESSOS PSICOLÓGICOS E SAÚDE.

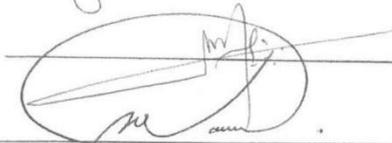
No quinto dia do mês de fevereiro do ano de dois mil e vinte, às 09:00 horas, no Laboratório de Avaliação Psicológica /Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas, situada na Av. General Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 3000 – Campus Universitário – Setor Sul, Bairro do Coroado, nesta cidade de Manaus-Amazonas, reuniu-se a Banca Examinadora indicada pela Coordenação de Pós-Graduação em Psicologia para julgamento da Defesa de Dissertação de Mestrado nº 145, apresentado pelo candidato Jaisson Bernardo da Silva Veiga na Linha de Pesquisa 2 - Processos Psicológicos e Saúde, intitulada: "Avaliação de características psicológicas e adesão ao TARV de pessoas com HIV/AIDS". O candidato teve como orientador o Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho. A Banca Examinadora foi composta pelos seguintes integrantes: Presidente da Banca Prof.ª Dr.ª Gisele Cristina Resende (UFAM), em substituição ao Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho, por motivo de férias. Membro Titular 1 (interno) Prof.ª Dr.ª Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida (UFAM) e Membro Titular 2 (externo) Prof. Dr. Marcus Vinicius Guimarães de Lacerda (FMT). O julgamento do trabalho foi realizado em sessão pública, compreendendo a exposição da dissertação pelo candidato, seguida de arguição da Banca examinadora. Ao término dos trabalhos, os membros da banca examinadora, em sessão secreta, emitiram o parecer a seguir:

APPROVADO com restrições: ① revisão ortográfica e gramatical, ② revisão normas ABNT, ③ ajuste na metodologia, ④ reapresentação dos resultados, ⑤ construir a discussão e considerações finais para a versão final do PPsPsi  
Mañaus-Am, 05 de fevereiro de 2020.

Prof.ª Dr.ª Gisele Cristina Resende  
Presidente

  
\_\_\_\_\_

Prof.ª Dr.ª Nazaré Maria de Albuquerque Hayasida  
Membro Titular 1 – Interno

  
\_\_\_\_\_

Prof. Dr. Marcus Vinicius Guimarães de Lacerda  
Membro Titular 2 – Externo

\_\_\_\_\_

Jaisson Bernardo da Silva Veiga  
Mestrando(a)

  
\_\_\_\_\_

*A minha mãe, Jáide Ferreira da Silva, aos meus irmãos, amigos e ao professor José Humberto da Silva Filho pela sua paciência e orientação para a conclusão deste trabalho. Pois, sem vocês esse trabalho não seria possível.*

## **AGRADECIMENTO**

A minha família e amigos que durante esse processo foram importantes, para que eu não desistisse, contribuindo imensamente.

A disposição, paciência e suporte acadêmico do meu orientador, Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho.

Ao acadêmico da graduação, Gabriel dos Santos Mouta pelo suporte nas análises estatísticas da pesquisa.

Aos professores do Programa de Pós-Graduação em Psicologia, da Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas.

À Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado, onde foi possível desempenhar minha pesquisa.

Ao Prof. Dr. Marcus Vinícius Guimarães Lacerda por ter contribuído ao trabalho e ao acesso à Fundação de Medicina Tropical.

Aos enfermeiros Kim Vinícius Amaral Machado e Kamila Bernardes Cunha por terem auxiliado na seleção dos participantes da pesquisa.

À Fundação de Amparo à Pesquisa do Estado do Amazonas (FAPEAM) pela bolsa de estudos concedida.

## RESUMO

O presente estudo propõe-se compreender como os processos psicológicos interferem na adesão ao tratamento antirretroviral de pessoas que vivem com HIV/Aids. Examinar a correlação de características psicológicas (personalidade, ansiedade, depressão, estresse, padrão de funcionamento executivo e tomada de decisão) com a adesão ao TARV de pacientes com HIV/Aids, na cidade de Manaus. Este estudo tem característica quantitativa, de caráter exploratório. A amostra da pesquisa foi constituída por 54 pessoas, 5 do gênero feminino (9,3%) e 49 do gênero masculino (90,7%), idade entre 20 a 55 anos (média de 29,72, desvio padrão 7,7). Para a obtenção dos dados de adesão utilizou-se o “Questionário para Evolução da Adesão ao Tratamento Antirretroviral” via internet. Para as características psicológicas optou-se pelo uso das Escalas de Depressão e Ansiedade de Beck, o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL), a Bateria Fatorial de Personalidade, Iowa Gambling Test – Versão Brasileira (IGT-Br), para tomada de decisão e o Teste Wisconsin de Classificação de Cartas – versão computacional, para funções executivas. Os resultados demonstram uma associação significativamente boa da competência, subfator da Realização, da ansiedade, do estresse e das funções executivas com os fatores de adesão. Conclui-se a importância da avaliação das características psicológicas na compreensão da adesão aos antirretrovirais de pessoas que vivem com HIV/Aids, aumentando a possibilidade de uma adesão adequada. E ressaltar importância do Psicólogo na equipe multidisciplinar, auxiliando os pacientes e a equipe.

**Palavras-chave:** Avaliação psicológica; Adesão ao TARV; HIV/AIDS.

## ABSTRACT

This study aims to understand how psychological processes interfere with adherence to antiretroviral treatment for people living with HIV / AIDS. Examine the correlation of psychological characteristics (personality, anxiety, depression, stress, pattern of executive functioning and decision making) with adherence to ART for HIV / AIDS patients in the city of Manaus. This study has a quantitative, exploratory character. The research sample consisted of 54 people, 5 females (9.3%) and 49 males (90.7%), aged between 20 and 55 years (mean 29.72, standard deviation 7.7). To obtain adherence data, the “Questionnaire for the Evolution of Adherence to Antiretroviral Treatment” was used via the internet. For psychological characteristics, the use of Beck's Depression and Anxiety Scales was used, the Lipp's Stress Symptom Inventory for Adults (ISSL), the Factorial Personality Battery, Iowa Gambling Test - Brazilian Version (IGT-Br), for decision making and the Wisconsin Card Sorting Test – computer version, for executive functions. The results show a significantly good association of competence, sub-factor of Achievement, anxiety, stress and executive functions with the adherence factors. We conclude the importance of assessing psychological characteristics in understanding the adherence to antiretrovirals of people living with HIV / AIDS, increasing the possibility of adequate adherence. And to emphasize the importance of the Psychologist in the multidisciplinary team, helping the patients and the team.

**Keywords:** Psychological assessment; Adherence to ART; HIV / AIDS.

## LISTA DE TABELA

TABELA 1 – Estatística do Questionário de Adesão ao Tratamento.....	34
TABELA 2 – Estatística da BFP.....	35
TABELA 3 – Estatística do Teste de Tomada de Decisão.....	37
TABELA 4 – Estatística do Inventário de Depressão de Beck.....	39
TABELA 5 – Estatística do Inventário de Ansiedade de Beck.....	42
TABELA 6 – Estatística das Fases do Estresse.....	44
TABELA 7 – Estatística dos Tipos de Sintomas.....	45
TABELA 8 – Estatística do Teste de Wisconsin de Classificação de Cartas.....	48
TABELA 9 – Correlação entre Sociodemográfico e Adesão ao TARV.....	50
TABELA 10 – Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV.....	51
TABELA 11 – Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV.....	52
TABELA 12 – Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV.....	53
TABELA 13 – Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV.....	55
TABELA 14 – Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV.....	56
TABELA 15 – Correlação entre Tomada de Decisão e Adesão ao TARV.....	57
TABELA 16 – Correlação entre Tomada de Decisão e Adesão ao TARV.....	58
TABELA 17 – Correlação entre Tomada de Decisão e Adesão ao TARV.....	58
TABELA 18 – Correlação entre Depressão e Adesão ao TARV.....	59
TABELA 19 – Correlação entre Ansiedade e Adesão ao TARV.....	60
TABELA 20 – Correlação entre Estresse e Adesão ao TARV.....	61
TABELA 21 – Correlação entre Estresse e Adesão ao TARV.....	62
TABELA 22 – Correlação entre Estresse e Adesão ao TARV.....	63
TABELA 23 – Correlação entre Estresse e Adesão ao TARV.....	64
TABELA 24 – Correlação entre Função Executiva e Adesão ao TARV.....	65
TABELA 25 – Correlação entre Função Executiva e Adesão ao TARV.....	67
TABELA 26 – Correlação entre Função Executiva e Adesão ao TARV.....	68
TABELA 27 – Correlação entre Função Executiva e Adesão ao TARV.....	69

## LISTA DE FIGURA

FIGURA 1 – Gráfico do nível de Adesão ao TARV.....	35
FIGURA 2 – Gráfico do nível de desempenho em Tomada de Decisão.....	39
FIGURA 3 – Gráfico do nível de intensidade de sintomas de Depressão.....	40
FIGURA 4 – Gráfico da condição no Inventário de Depressão de Beck.....	41
FIGURA 5 – Gráfico do nível de intensidade de sintomas de Ansiedade.....	42
FIGURA 6 – Gráfico da condição no Inventário de Ansiedade de Beck.....	43
FIGURA 7 – Gráfico das fases do Inventário de Stress da LIPP.....	46
FIGURA 8 – Gráfico da condição no Inventário de Stress da LIPP.....	47

## **LISTA DE ABREVIATURAS**

**HIV** – VÍRUS DA IMUNODEFICIÊNCIA HUMANA

**AIDS** – SÍNDROME DA IMUNODEFICIÊNCIA ADQUIRIDA

**ARV** – ANTIRRETROVIRAL

**TARV** – TERAPIA ANTIRRETROVIRAL

**PVHA** – PESSOAS QUE VIVEM COM HIV

**FMT** – FUNDAÇÃO DE MEDICINA TROPICAL

**BFP** – BATERIA FATORIAL DE PERSONALIDADE

**BDI** – INVENTÁRIO DE DEPRESSÃO DE BECK

**BAI** – INVENTÁRIO DE ANSIEDADE DE BECK

**ISSL** – INVENTÁRIO DE SINTOMAS DE STRESS PARA ADULTO DE LIPP

**DP** – DESVIO PADRÃO

## SUMÁRIO

1	INTRODUÇÃO.....	6
2	FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA.....	7
2.1	Panorama Histórico sobre o HIV/AIDS .....	7
2.2	AIDS no Amazonas .....	9
3	ESTRESSE E ADESÃO AO TRATAMENTO .....	12
4	ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO.....	14
5	PERSONALIDADE E ADESÃO AO TRATAMENTO .....	16
5.1	Cinco grandes fatores.....	17
6	TOMADA DE DECISÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO.....	19
6.1	Heurística .....	20
6.2	Heurística da representatividade .....	20
6.3	Heurística de disponibilidade.....	21
6.4	Teoria do processo dual: Kahneman .....	21
6.5	Julgamento e tomada de decisão em saúde.....	22
7	FUNÇÃO EXECUTIVA E ADESÃO AO TRATAMENTO .....	23
7.1	Funções Executivas.....	23
7.2	Funções executivas e adesão ao tratamento.....	24
8	JUSTIFICATIVA .....	25
9	OBJETIVOS.....	26
9.1	Objetivo Geral: .....	26
9.2	Objetivos Específicos: .....	26
9.3	Benefícios Esperados:.....	26
10	METODOLOGIA.....	27
10.1	Participantes .....	27
10.2	Critérios de Inclusão na Amostra .....	27

10.3	Critérios de exclusão do Estudo .....	27
10.4	Instrumentos .....	27
10.5	Procedimentos .....	30
10.6	Análise de dados.....	31
11	ASPECTOS ÉTICOS .....	31
11.1	Análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa.....	32
11.1.1	Benefícios .....	32
11.1.2	Riscos .....	32
12	RESULTADOS.....	33
12.1	Estatísticas Descritivas .....	33
12.1.1	Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH, versão online) .....	33
12.1.2	Bateria Fatorial de Personalidade .....	35
12.1.3	Iowa Gambling Test.....	37
12.1.4	Inventário de Depressão de Beck .....	39
12.1.5	Inventário de Ansiedade de Beck .....	41
12.1.6	Inventário de Stress da Lipp .....	44
12.1.7	Teste de Wisconsin de Classificação de Cartas .....	47
12.2	Análise de Correlação .....	50
12.2.1	Perfil Sociodemográfico .....	50
12.2.2	Personalidade.....	51
12.2.3	Tomada de decisão.....	57
12.2.4	Depressão .....	59
12.2.5	Ansiedade .....	60
12.2.6	Estresse .....	61
12.2.7	Função executiva .....	65
13	DISCUSSÃO .....	70

14	CONSIDERAÇÕES FINAIS .....	74
15	REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA.....	76
16	ANEXOS.....	83

## 1 INTRODUÇÃO

Este projeto foi desenhado às pessoas que vivem com HIV, ao aumento nos últimos cinco anos, do diagnóstico e da dificuldade por parte dos pacientes em aderir a terapia antirretroviral. Essa explicação pode ser a complexidade da ingestão do medicamento, a falta de comunicação clara do médico/paciente e aos aspectos emocionais e psicológicos.

Esse estudo tem como finalidade buscar a correlação de características psicológicas com adesão ao TARV e como elas podem ter um papel central na evolução da adesão quando observadas a inter-relação com o fenômeno da adesão. Essas características serão abordadas ao decorrer da pesquisa são Depressão, Ansiedade, Estresse, Personalidade, Tomada de Decisão e Funções Executivas. A revisão de literatura sobre adesão e as características psicológicas levaram em consideração os últimos anos de publicações, para que pudesse ser delineado um panorama mais recente em relação ao objeto de estudo. O que foi percebido após a revisão é que no panorama nacional temos poucas publicações sobre os aspectos psicológicos e a sua associação com a adesão, principalmente quando se buscou uma relação das funções executivas, tomada de decisão e adesão ao TARV.

A partir da pesquisa de literatura foi percebido com relação à personalidade e adesão, que pessoas que tiveram maiores escores no traço de neuroticismo estão mais propensas a não adesão; enquanto que aqueles que tiveram uma maior pontuação no traço de realização têm maiores chances de aderir ao tratamento, podendo ter a hipótese de que esses traços tem associação com adesão ao TARV.

Sobre as características psicoafetivas, como o estresse, ansiedade e depressão; elas são fatores que se correlacionam diretamente ao estado emocional do indivíduo, podendo levá-los a um comportamento de risco, como a não ingestão dos medicamentos. Uma característica que chama atenção é quanto o estresse, que além de ser um fator que predispõe o indivíduo a não tomar o medicamento, ele também pode ser responsável pela diminuição das células de defesa do organismo, que pode ocasionar um aumento da carga viral, tornando o sujeito mais vulnerável às doenças oportunistas. A ansiedade e depressão, também, podem ser responsáveis pela não adesão ao tratamento. As pesquisas demonstram que a ansiedade tem uma maior consolidação com relação a não adesão, enquanto a depressão ainda não tem uma base consistente, por conta das poucas pesquisas e delas não terem um resultado esperado. O que não deixa evidente, se o quadro depressivo aparece depois da infecção pelo do HIV, ou é um quadro anterior a infecção.

## 2 FUDAMENTAÇÃO TEÓRICA

### 2.1 Panorama Histórico sobre o HIV/AIDS

Em 1981, os Centros de Controle de Doenças dos Estados Unidos (CDC EUA) fazem os primeiros relatos de infecções oportunistas entre pessoas jovens homossexuais, previamente saudáveis. Isso marca os primeiros casos de Aids do mundo. O surgimento da epidemia, grave e mortal, envolvendo diversos aspectos das relações humanas (sexo, morte, discriminação e preconceito) revelou a grande dificuldade de efetivar a prevenção, de se desenvolver medicamentos eficazes e de custo acessível e, ainda, de disponibilizar vacinas eficazes, além de escancarar as disparidades entre os países (GRECO, 2016).

Historicamente, no processo da descoberta da aids, utilizava-se o termo “fator de risco” para designar os grupos sociais onde primeiramente emergiram os casos da síndrome. Mais tarde, os detentores de tais “alegorias” passaram a ser estigmatizados e destituídos de sua humanidade. Inseriu-se, então, a terminologia “grupo de risco”, que passou a ser também combatida por pressupor a ideia de que o “comportamento de risco” é identificável por características individuais próprias (ROCHA, 2016).

No período da descoberta da epidemia (1981-1984), buscavam-se os fatores de risco associáveis a essa nova doença. Os primeiros casos, conforme relatam Takahashi e Oliveira (2001), eram identificados em pessoas discriminadas socialmente, o que ampliava o conceito de “fator de risco” e contribuía para que a síndrome fosse entendida como “doença do outro”. Infelizmente, as primeiras campanhas de prevenção estimularam o preconceito e a discriminação (ROCHA, 2016).

A resposta brasileira à Aids foi iniciada em 1985, quando o estado brasileiro, a sociedade civil e a academia se associaram com objetivos comuns. Esta se fortaleceu com a criação do SUS em 1988, imprescindível para implementar o programa nacional de Controle das Dst/Aids, baseado nos direitos humanos, visando equidade, inclusão, integralidade e contra o preconceito e a discriminação (GRECO, 2016).

O medo era o sentimento mais fácil de compreender e teoricamente o mais fácil de combater. O pior era medo sentido pela população, reforçado pelos profissionais de saúde que se recusavam a cuidar de pessoas vivendo com HIV/Aids (PVHA) e pelas instituições de saúde que se negavam a interná-los. Foi necessária Resolução (nº 1.359) em 1992 do Conselho Federal de Medicina (CFM) sobre o dever dos médicos de atenderem pessoas em risco ou infectadas pelo HIV/Aids, a qual foi sucedida por outra mais completa, a Resolução 1.665/2003 que incluiu a proibição aos médicos de solicitar compulsoriamente exames sorológicos para o

HIV (GRECO, 2016).

Em 1991 o Brasil inicia a distribuição pelo SUS da Zidovudina (AZT), fabricado localmente a partir de 1993. Este acesso confirmava a política dos direitos sociais e humanos explicitados na Constituição de 1988 e nos preceitos do SUS. E, pouco depois, o Brasil adota pressionado pelos movimentos sociais e apoiado pela academia, a política do direito ao acesso aos medicamentos no SUS e aprova a Lei 9.313/1996. Em 1996, pesquisas divulgadas na IX Conferência Mundial de AIDS (Canadá) demonstraram a eficácia do uso combinado dos antirretrovirais. Era elevado o número de comprimidos diários, dificultando a adesão e com muitos efeitos colaterais; seu alto custo restringiu o acesso aos países industrializados. O Brasil foi o primeiro a disponibilizar gratuitamente os medicamentos, com a promulgação da Lei 9.313 de 1996 (GRECO, 2016).

O Brasil tem 966,058 novos casos de aids, uma proporção de 29,1 para 100,000 habitantes em 2019, um aumento de 1,4% de em relação ao ano anterior. Trata-se de um fenômeno complexo, com prevalência variável em diferentes regiões do Brasil. O país registrou uma média de 39 mil novos casos de aids nos últimos cinco anos, entretanto houve uma diminuição no caso de aids no Brasil. A distribuição proporcional dos casos de aids, identificados de 1980 até junho de 2019, mostra uma concentração nas regiões Sudeste e Sul, correspondendo cada qual a 51,3% e 19,9% do total de casos; as regiões Nordeste, Norte e Centro-Oeste correspondem a 16,1%, 6,6% e 6,1% do total dos casos, respectivamente. Nos últimos cinco anos (2014 a 2018), a região Norte apresentou uma média de 4,4 mil casos ao ano; o Nordeste, 8,9 mil; o Sudeste, 15,4 mil; o Sul, 7,7 mil; e o Centro-Oeste, 2,8 mil. Apesar da diminuição em relação ao número total de casos no Brasil, houve um aumento nas regiões Nordeste, Norte e Centro-oeste comparando com os dados do boletim de 2018 (BRASIL, 2019).

Segundo o boletim epidemiológico de 2019, quando é analisado a detecção de aids pelo quesito raça/cor, observou-se uma queda de 20% na população branca, 1% na população negra. No entanto, houve um aumento na população amarela de 20,5% e na parda de 37,7% e 100% na população indígena. Então a partir desses dados pode-se concluir que essa redução não é tão consistente, porque levando conta que pessoas pardas fazem parte da população negra, existe um aumento do número de casos de aids numa população chave, que tem um histórico cultural e social de vulnerabilidade, além do aumento significativo nos povos indígenas.

Desde o início da epidemia da aids no Brasil (1980) até ao final do ano de 2018 foram notificados 338.905 óbitos tendo a HIV/Aids como causa básica (CID10: B20 a B24). A maior proporção destes óbitos ocorreu na região Sudeste (58,3%), seguida das regiões Sul (17,7%),

Nordeste (13,6%), Centro-Oeste (5,3%) e Norte (5,1%). A maior proporção de óbito foi observada pela região nordeste e norte, um aumento, respectivamente, de 0,6% e 0,4%. Uma explicação para o número alto de casos de óbitos pode ser por conta da não ingestão do medicamento por pacientes assintomáticos até a política de 2014, que previa tratamento a todos; ou uma adesão terapêutica regular. Nas regiões Norte e Nordeste, no período de 2008 a 2018, os coeficientes de mortalidade sofreram um aumento de 26,0% e 2,8%, enquanto nas demais regiões houve uma diminuição (BRASIL, 2019).

## **2.2 AIDS no Amazonas**

Com o objetivo de integrar econômica e socialmente a região Norte ao resto do país, o governo militar empreendeu projetos de grande porte, como construção de extensas rodovias e hidrelétricas na região. Sob o lema “integrar para não entregar”, o governo propunha a ocupação da região para resolver duas questões: por um lado, assegurava a presença do Estado brasileiro nesse vasto território, por outro, aliviava a tensão social por espaços agrícolas tradicionais no resto do país, sem alterar o sistema fundiário (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

O mais importante projeto econômico foi a implantação da Zona Franca e do Polo Industrial de Manaus. Em 28 de fevereiro de 1967, pelo decreto-lei n.288, o governo militar adota um modelo de zona franca no qual a região passa a receber incentivos fiscais para ser implantado um polo industrial, comercial e agropecuário, tendo como centro a cidade de Manaus. Segundo Virgílio Neto (2008, p.149), o objetivo dos militares com a Zona Franca de Manaus (ZFM) foi “ocupar a região amazônica, dado seu elevado conteúdo estratégico decorrente das riquezas naturais, da baixa densidade demográfica e do grande interesse internacional” (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

Kadri, Schweickardt (2016) citam dois autores que argumentam que para tal desenvolvimento era indispensável prover a região de infraestrutura e condições de vida para atrair força de trabalho e investimentos nacionais ou estrangeiros. Esse modelo trouxe um dinamismo à economia da região em curto tempo, gerando um impacto gigantesco na receita do estado e da capital. Nascimento (2004) aponta que, entre 1968 e 1974, a receita de Manaus cresceu 922%, e a do estado teve aumento de 547,7%. Por um lado, isso significou superação da economia extrativista, mas por outro gerou êxodo rural com abandono de culturas tradicionais. Nas décadas seguintes o crescimento populacional acentuou-se, com pessoas vindas de todo o interior do estado e outras regiões do país em busca de oportunidade de crescimento e renda nas indústrias recém-instaladas no Polo Industrial de Manaus. Numa série

histórica, Rivas (2003) analisa que a população de Manaus aumentou oito vezes entre 1960 e 2000.

A saúde foi um setor que sentiu fortemente o impacto de uma explosão demográfica. A proposta política da ZFM não contemplava qualquer intervenção nessa área; no entanto, foi notável que a demanda por serviços sanitários e de saúde produziu uma mudança no modo como a saúde era organizada até então. A primeira mudança sentida foi a criação de cursos na área da saúde dentro da Universidade do Amazonas (UA), atual Universidade Federal do Amazonas (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

Em 1971, a cidade contava na rede pública de assistência com três unidades de atendimento especializado: Dispensário Alfredo da Matta, para hanseníase; Cardoso Fontes, para tuberculose; e Eduardo Ribeiro, para saúde mental, e cinco postos de saúde para atendimento ambulatorial. Além dessas instituições de gestão exclusivamente pública, havia ainda três hospitais de grande porte: Santa Casa de Misericórdia, Beneficência Portuguesa e Hospital Militar, instituições que recebiam apoio do governo, mas não estavam sob sua administração direta (Ricci, 1974). Segundo Albuquerque e Cóvas (1998), outras unidades de assistência e serviço foram criadas na década de 1970 – entre elas o Laboratório Central de Saúde Pública, o Banco de Sangue Central de Manaus, o Hospital de Moléstias Tropicais e o Centro de Controle de Oncologia, além da Secretaria de Saúde do município (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

Entre 1978 e 1979, a primeira ação no Amazonas de assistência especializada em saúde sexual/doenças sexualmente transmissíveis (DST) foi organizada no então Centro de Dermatologia Tropical e Venereologia Alfredo da Matta.

Por meio da portaria n.236 de 1985, o Ministério da Saúde estabeleceu as diretrizes para o Programa de Controle da Aids, sob a responsabilidade da Divisão Nacional de Dermatologia Sanitária (DNDS). Em 1986, a Aids passa a ser uma doença de notificação compulsória, mesmo ano em que o primeiro caso de Aids foi notificado no Amazonas. O DNDS credencia o Alfredo da Matta (FUAM) como Centro de Referência e Treinamento para DST da região Norte (SES, 1997) (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

A epidemia se espalhava rapidamente no território nacional. Até 1990 quase nove mil casos já haviam sido reportados em todo o país – sessenta deles no Amazonas, e todos concentrados na capital. Com o aumento de casos, pressão da sociedade, da mídia e muita articulação, em fevereiro de 1989, por determinação da Comissão Interinstitucional de Saúde, foi criado o Programa Estadual de DST e Aids, em uma tentativa de melhor coordenar a resposta

estadual entre as instituições envolvidas (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

A Universidade do Amazonas, segundo o relatório, dava suporte aos serviços de assistência aos soropositivos. Nas dependências do Hospital Universitário Getúlio Vargas eram tratados doentes de aids que necessitassem de internamento, especialmente nos cinco primeiros anos da epidemia. No Ambulatório Araújo Lima, da Faculdade de Medicina, um serviço de DST foi montado, e no seu hemocentro era feita a sorologia para o vírus. Fazendo uma análise mais detalhada do pano de fundo da situação, destacamos que, no Amazonas, o despreparo da equipe em lidar com a epidemia não foi diferente do resto do país. A aids impôs (e impõe) desafios iguais às autoridades de saúde de todo o mundo (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

Como Centro de Referência em DST, ao longo dos anos, a Fundação Alfredo da Matta seguiu liderando uma série de estudos e pesquisas no estado, em parceria principalmente com o Ministério da Saúde. Esse protagonismo histórico faz com que a instituição ainda hoje tenha assento como membro da comunidade científica na Comissão Nacional de Aids, resultado de sua liderança em diversos projetos-piloto de intervenção, estudos de validação de modelos de assistência e novos protocolos e suporte na implantação de novas políticas para o Ministério da Saúde, desenvolvendo também políticas de atenção aos indígenas. Após longos anos um acordo entre a Coordenação Estadual DST/Aids, a FMT e a SES autorizaram a construção nas dependências da Fundação de Medicina Tropical uma ala de isolamento com dez leitos para atender especialmente aos soropositivos. A fundação tornou-se referência para atendimento clínico/ ambulatorial às pessoas vivendo com HIV/Aids. Para facilitar a articulação necessária para assistência adequada aos pacientes, a coordenação do programa transferiu-se para lá, permanecendo ainda sob liderança de um técnico da FUAM. Profissionais de saúde entrevistados sinalizaram que, quando a Coordenação Estadual se instala na FMT, extingue-se a Comissão Interinstitucional de DST/Aids (formada pela FMT, FUAM e a Fundação de Hematologia do Amazonas), o que contribui para o enfraquecimento da rede e a desarticulação das ações entre os atores envolvidos no combate à epidemia (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

No Amazonas, embora a FUAM tenha desenvolvido inúmeras intervenções, destacamos duas iniciativas que trouxeram interessantes resultados e inovação por sua capacidade de articular em rede de assistência. A primeira e de maior abrangência ocorreu a partir de 1995, quando a Secretaria Municipal de Saúde de Manaus decidiu implantar em toda a rede básica do município assistência a pessoas portadoras de DST com abordagem sindrômica e no ano seguinte já estavam funcionando em 17 unidades no município. Uma segunda inovação foi com

a criação de metas, estratégias e indicadores para cada centro de saúde, trabalhando na perspectiva de promoção de saúde, mesmo que tenha sido nos moldes biomédicos. Em outra iniciativa de caráter interinstitucional, a FUAM desenvolveu com a Prefeitura de Manacapuru o Projeto Princesinha, um plano de prevenção das DST/Aids no município. Mas com a mudança do grupo político no município (1997-2004), houve um realinhamento das prioridades, e o projeto perdeu força (KADRI, SCHWEICKARDT, 2016).

No Amazonas, no final do ano de 2018 o estado teve um aumento no coeficiente de mortalidade por 100 mil habitantes, o estado tem um coeficiente de 6,9, superior à média nacional, que é de 4,4 óbitos por 100.000 hab. Na contramão dos estados do sul e sudeste que tiveram um declínio nos seus coeficientes durante esses 10 anos, com exceção de Goiás (BRASIL, 2019).

Desde o início da epidemia da Aids no Amazonas, de 1980 até no final do ano de 2018 foram notificados 4400 óbitos tendo a HIV/Aids como causa básica. Nos últimos dez anos, o Amazonas teve aumento expressivo quanto aos óbitos durante os últimos anos. Em 2008 foram 198 mortes e 295 mortes em 2018 (BRASIL, 2019).

### **3 ESTRESSE E ADESÃO AO TRATAMENTO**

Após a inserção da terapia medicamentosa para o combate ao vírus HIV, o desafio na atualidade é a adesão ao tratamento por parte das pessoas que vivem com HIV. As pesquisas apontam que para uma boa adesão, o paciente precisa de um comprometimento de 95% ao tratamento, abaixo disso pode ocorrer mutação do vírus, resistência por parte do organismo do paciente, levando ao aumento de doenças oportunistas devido a não supressão viral (FRENCH et al, 2005).

Apesar dos teóricos colocarem o comprometimento do paciente com um nível acima de 95% para estar em boa adesão, ainda não é consenso estabelecido. Um renomado pesquisador brasileiro, Eduardo Remor usa para fins de categorização da adesão das pessoas que vivem com HIV estar acima de 85 percentis, de acordo com o instrumento desenvolvido por ele (REMOR, 2013).

Várias barreiras para adesão ao tratamento do HIV foram documentadas, incluindo uso de drogas ilícitas, falta de apoio social, e a extensão e gravidade dos efeitos colaterais relacionados a medicamentos antirretrovirais. Fatores psicológicos como depressão, ansiedade e estresse estão entre os mais fortes e preditores mais consistentes de não adesão aos medicamentos antirretrovirais. Esses fatores também correlacionados positivamente com

maiores cargas virais, declínio da contagem de células CD4 e progressão mais rápida para a AIDS, desenvolvimento de condições clínicas definidoras de AIDS, embora os mecanismos imunológicos que influenciam estes resultados não são claramente compreendidos (FRENCH et al, 2005).

Há hipótese de que o estresse influencia a imunidade e é envolvido no início e no curso do sistema imunológico de doenças físicas como AIDS. Embora haja evidências limitadas apoiando uma relação direta entre o estresse e a progressão da AIDS, com o declínio de células CD4. Tem alguns estudos sugerindo que o estresse influencia o curso da doença pelo HIV. A percepção do estresse foi um fenômeno estudado e que demonstrou uma relação significativamente alta com declínio da contagem de células CD4. Substancialmente, esta relação permaneceu significativa para adesão antirretroviral. Para conhecimento, este é o primeiro estudo a demonstrar uma relação entre estresse percebido e o declínio da contagem de células CD4, independente de outros fatores (REMOR et al, 2007).

A dificuldade da adesão é comum em doenças crônicas, sendo necessário compreender as variáveis que impossibilitam uma boa adesão. Um estudo correlacional interessante observou a relação da adesão, auto-eficácia (crença ou confiança que uma pessoa tem na sua própria capacidade para completar uma determinada tarefa ou resolver um problema) e o estresse emocional em pessoas vivendo com HIV. Foi demonstrado que o primeiro tem uma associação positiva com a adesão, então quanto maior o índice de auto eficácia, mais altos os níveis de adesão. No entanto o estresse tem uma associação negativa com a adesão, sugerindo que quanto maior for o estresse emocional, menor é a adesão (GUERRA, 2008).

De acordo com French, Tesoriero e Agins, (2011), a relação entre as mudanças no estresse percebido e a transição do não aderente para o aderente. Nesta pesquisa os voluntários eram entrevistados uma vez ao mês, durante três meses, recebendo intervenção para redução do estresse. E os candidatos que passaram de alto estresse para baixo estresse foram aproximadamente duas vezes maiores a probabilidade de transição de não aderente a aderente. De particular importância foi observado que não houve uma relação estatisticamente significativa durante as três entrevistas no que diz respeito à mudança de não aderente para aderente para os clientes que relataram menor estresse no início da entrevista e alto estresse na entrevista subsequente.

A mudança de alto estresse para menor estresse foi associado com uma mudança correspondente de aderente a não aderente, embora não tenha sido observada relação entre a transição de alto estresse para menor estresse e movimento de aderente a não aderente nas

próximas duas transições entre as entrevistas. Clientes que mudaram de menor estresse para alto estresse eram cerca de três vezes mais propensos a mudar de aderente para não aderente durante as três transições da entrevista (FRENCH, TESORIERO, AGINS, 2011).

As pessoas que relataram alto estresse, uso de substâncias ou insegurança sobre a eficácia dos medicamentos antirretrovirais em entrevista eram mais propensos a não aderir. Mas após a mudança nas características anteriores, eles mudavam para uma direção mais positiva, propensos a mudar de não aderentes para a categoria de aderentes aos seus medicamentos para o HIV (FRENCH, TESORIERO, AGINS, 2011).

#### **4 ANSIEDADE, DEPRESSÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO**

A infecção pelo HIV consiste numa doença complexa que pode levar o indivíduo a desenvolver a aids (NOGUEIRA, SEIDL, 2016)

Assim, no intuito de diminuir e combater, o quanto possível, os danos causados pelo vírus, desenvolveu-se em meados da década de 1990 uma terapia combinada, a Terapia Antirretroviral. Tal tratamento aumentou a expectativa de vida e reduziu a incidência de transtornos cognitivos associados ao HIV, intervindo na queda da mortalidade e na ocorrência de infecções oportunistas. Desta forma, o acesso a esse tipo de terapia possibilitou à AIDS uma doença de caráter crônico, não só pelo impacto na morbimortalidade, como também pela melhora na qualidade de vida de pessoas que vivem com HIV (AZEVEDO, 2014).

Entretanto, apesar do resultado bem-sucedido da TARV, pesquisas apontam que em alguns casos ocorrem quadros de ansiedade e depressão. Tais comprometimentos tem associação com a adesão inadequada ao tratamento, evidenciados na desmotivação do paciente em compreender, concordar e seguir as prescrições médicas e demais orientações referentes ao entendimento do HIV/AIDS (AZEVEDO, 2014).

Tal panorama, aliados aos aspectos psicossociais, como o preconceito e discriminação social, sexual e afetiva, frequentemente vivenciados por pessoas soropositivas, contribuem para o sofrimento psicológico e a manifestação de transtornos mentais, como ansiedade e depressão, que podem contribuir à adesão inadequada (NOGUEIRA, SEIDL, 2016).

No estudo conduzido em 2005, foi observado que apenas 43% de uma amostra de 1561 pessoas positivas para o HIV e com diagnóstico de depressão estavam fazendo o uso dos medicamentos antidepressivos. O que sugere que tinham pessoas com o diagnóstico, mas não estavam em tratamento com antidepressivos, podendo ter como hipótese as poucas pesquisas da relação da interação dos medicamentos psicotrópicos e os antirretrovirais. Entretanto, é

sabido que o tratamento da depressão não se dá apenas pela via medicamentosa (FREITAS; FERNANDES; MORGADO, 2015).

Dentre transtornos mentais mais comumente observados em indivíduos que vivem com HIV/AIDS, a ansiedade e a depressão são os mais prevalentes. Esses distúrbios podem ser considerados indicadores da forma como os pacientes estão interagindo com a sua sorologia, tratamento e ao seu prognóstico. Um estudo de 2009 buscou mensurar a prevalência de sintomas depressivos em pacientes que vivem com HIV/AIDS e observou-se que 40,7% da amostra estava em condição sugestiva para depressão (AZEVEDO, 2014)

Os resultados de algumas pesquisas apontam a infecção pelo HIV como um fator etiológico preponderante para o desenvolvimento de perturbações mentais ou, para o agravamento de quadros de ansiedade e depressão. Isso quer dizer que a infecção pelo vírus HIV seria um fator etiológico para um quadro de ansiedade ou depressão, e algumas pesquisas corroboram com esta hipótese. Com relação a depressão foi percebido um quadro tardio após a infecção pelo vírus, o que não foi observado em pessoas sem o vírus. Mas apesar dessas contribuições não se pode esquecer de outros mecanismos de suscetibilidade, que estão envolvidos no possível curso dessas doenças mentais, como a natureza fisiológica, farmacológica e sociocomportamental (FREITAS; FERNANDES; MORGADO, 2015).

Apesar dessas contribuições, também é um consenso que a própria depressão, assim como a ansiedade podem ser um fator que interfere na doença, favorecendo a progressão da doença, pela hipótese da baixa adesão aos medicamentos antirretrovirais, estando associada à taxa de mortalidade. Um grupo de investigação percebeu que os efeitos dos sintomas depressivos podem influenciar em algumas células específicas do sistema imunológico em homens. Mas ainda há algumas contradições quanto a esta hipótese anterior, devido outras pesquisas não demonstrarem essa relação direta, rejeitado por grande parte dos pesquisadores. O que se tem como consenso científico é que o reconhecimento e o tratamento precoce das doenças mentais em pessoas que vivem com HIV atrasa a progressão da infecção para fase da síndrome e melhora a adesão terapêutica (FREITAS; FERNANDES; MORGADO, 2015).

Segundo Nogueira e Seidl (2016), um estudo brasileiro evidenciou a associação da ansiedade e depressão com a adesão. Esse estudo revelou que pessoas que apresentaram adesão insatisfatória à TARV, tinham mais sintomas de ansiedade e depressão em comparação com aquelas que tinham uma adesão adequada. Alguns autores também afirmam que pessoas com ansiedade e depressão têm duas vezes mais chances de terem uma pior adesão em comparação às pessoas que não tem tais transtornos. Esses resultados demonstram a importância de mais

pesquisas na área de processos psicopatológicos e sua relação com a adesão aos antirretrovirais.

Em uma pesquisa foram selecionadas 28 pessoas com diagnóstico de HIV/Aids e que estavam em tratamento antirretroviral; pouco menos da metade dos participantes apresentaram escores indicativos de ansiedade (46,4%) ou depressão (46,4%). Foi observada uma correlação positiva da percepção de doença com a ansiedade e depressão. Isso pode sugerir que quanto maior a percepção de ameaça da doença, maiores serão os sintomas de ansiedade e depressão, considerando um impacto emocional relevante e com consequências negativas à adesão (NOGUEIRA, SEIDL, 2016).

## **5 PERSONALIDADE E ADESÃO AO TRATAMENTO**

Os fatores de personalidade têm sido estudados na área da Psicologia como elementos importantes relacionados à saúde de pacientes com doenças crônicas, com isso os pesquisadores buscam examinar as relações entre personalidade e comportamento em saúde.

A estrutura e dinâmica da personalidade na sua constituição psicológica tornam-se indispensável à clarificação de dois termos fundamentais: temperamento e caráter. A personalidade é constituída pelo temperamento e pelo caráter, e sua expressão máxima é a modalidade que especifica a unicidade e irrepetibilidade de cada pessoa. (ANDREOLA, 2013)

A personalidade seria, então, uma organização dinâmica dos sistemas psicofísicos que determina o comportamento e o pensamento. A constituição da personalidade teria, ainda, relação com a hereditariedade e com o ambiente. Assim, a personalidade é resultado da dialética entre o temperamento e o caráter (THOMAS, CASTRO, 2012; ANDREOLA, 2013).

Allport foi um grande teórico que contribuiu com a conceitualização da personalidade, ele utilizava o conceito de traço para explicar a sua constituição. Para ele cada indivíduo é único devido a uma configuração específica dos traços. O autor definiu personalidade como uma “organização dinâmica dentro do indivíduo daqueles sistemas psicofísicos que determinam seus ajustes únicos a seu ambiente”. Transmitia a ideia de que o comportamento, além de adaptativo, também era expressivo. Sugeriu que as pessoas possuem uma estrutura organizada, com a capacidade de mudar ou se adaptar (COSTA, et al., 2018).

Se a personalidade é compreendida a partir de características que podem determinar o comportamento do indivíduo. Então, pode-se ter uma relação dela com adesão aos medicamentos, utilizado em doenças crônicas, mais especificamente a Aids. E algumas pesquisas já apontam nessa direção, que há uma correlação entre doença crônica e as características individuais.

Essas características (personalidade) podem pesar na saúde de duas formas: a direta, e por efeito mediador do coping. O modo direto, os indivíduos com determinados traços de personalidade tendem a desenvolver determinadas doenças. Já no efeito mediador do coping, os indivíduos com determinadas características ou traços de personalidade tendem a enfrentar os problemas de sua vida de determinada maneira e esta forma de enfrentamento específica repercute em sua saúde (ANDREOLA, 2013).

## 5.1 Cinco grandes fatores

O modelo dos Cinco Grandes Fatores tem sido considerado um dos mais importantes para a avaliação da personalidade humana com critérios, validade e estrutura bem estabelecidos (THOMAS, CASTRO, 2012).

O modelo dos Cinco Grandes Fatores possui características bem estabelecidas: (1) a realidade dos fatores estão expressas em termos de estabilidade, validade e utilidade prática dos fatores; (2) a propagação dos fatores, que é a sua presença em inúmeras formas, em todos os conceitos de personalidade; (3) a universalidade dos fatores, ao qual estão presentes em ambos os sexos, em várias faixas etárias, em todas as raças e em diferentes culturas e, ainda, (4) na base biológica dos fatores (THOMAS, CASTRO, 2012).

O Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) propõe uma visão integrada da personalidade considerando disposição, características pessoais, história e contexto cultural em que o indivíduo está inserido. O modelo também possibilitou a interpretação da personalidade com indicadores de emoções e de comportamento, observadas em diferentes culturas de uma forma estável e contínua (COSTA, et al, 2018).

De acordo com a literatura, o modelo dos Cinco Grandes Fatores é constituído por fatores gerais e cada um deles tem um grupo de subfatores como é destacado pela autora:

fatores: 1) Extroversão (surgency)/ facetas: Comunicação, Ativez, Dinamismo e Interações Sociais; 2) Socialização (agreableness)/ facetas: Amabilidade, Pró Sociabilidade e Confiança nas pessoas; 3) Neuroticismo (neuroticism)/ facetas: Vulnerabilidade, Instabilidade Emocional, Passividade e Depressão; 4) Realização (conscientiousness)/ facetas: Competência, Ponderação/ Prudência e Empenho / Comprometimento; 5) Abertura (openness)/ facetas: Interesse por novas ideias, Liberalismo e Busca por Novidades (THOMAS, CASTRO, 2012, p. 102).

Como este modelo possibilitava a interpretações de emoções e comportamento, estudos buscaram estabelecer a influência da personalidade na adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas. E algumas análises estatísticas desses estudos apontam que, quanto maior o

escore em neuroticismo, menor seria o grau de adesão. Um estudo de 2009 com pacientes em lista de espera para transplantes, verificaram que baixas pontuações no fator realização indicavam não adesão ao tratamento em menos de um ano após a cirurgia. Esse fator foi considerado um preditor independente para não adesão à medicação. Em outro estudo de 2011, verificaram que o fator neuroticismo estava associado a não adesão ao programa medicamentoso para prevenção de demência em idosos (COSTA, et al, 2018).

Uma pesquisa de 2011 explorou a influência da personalidade no comportamento de adesão à medicação em indivíduos com doença crônica em geral. Indivíduos com doença crônica (n = 749) foram identificados em uma amostra aleatória de 5000 habitantes com idade entre 30 e 70 anos, na Suécia. Os dados foram coletados através de questionários e a análise estatística indicou uma correlação negativa entre neuroticismo e adesão à medicação. E os fatores de socialização e realização foram correlacionadas positivamente com adesão (THOMAS, CASTRO, 2012).

Um estudo de 2003 buscou estabelecer a relação entre os fatores de personalidade, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral numa amostra de 116 pessoas que viviam com HIV/Aids. Não foram encontradas associações entre personalidade e adesão ao tratamento antirretroviral. Entretanto, valores mais altos no fator neuroticismo foram significativamente associados com os domínios da qualidade de vida, sugerindo que indivíduos com este fator de personalidade têm tendências a experimentar maiores sentimentos de depressão, ansiedade e medo. Em contrapartida, maiores pontuações nos fatores extroversão e realização foram significativamente associadas à função global, satisfação com a vida, às rotinas e regras de viver com o HIV, além do funcionamento sexual. Embora, os autores não tenham evidenciado relação entre os fatores de personalidade e adesão ao tratamento antirretroviral, pacientes com característica de Extroversão e Realização relatam melhor qualidade de vida, particularmente, nos domínios de funcionamento global, preocupações médicas em domínios do HIV, o que pode auxiliá-los na gestão das demandas associadas à vida com a doença (THOMAS, CASTRO, 2012).

O fator realização é um importante moderador da relação entre estresse e ansiedade, isso sugere que, os indivíduos sob estresse elevado, mas com características elevadas do fator realização tendem a se envolver em comportamentos de saúde mais saudáveis. No estudo de 2004, o fator realização teve uma associação inversa com comportamentos de risco à saúde, tais como: tabagismo, dieta e atividades físicas ineficientes, uso excessivo de álcool, violência, comportamento sexual de risco, suicídio e uso de droga e uma associação direta aos

comportamentos mais saudáveis. O que indicou que pessoas com menores níveis de realização tendem a ter pouca motivação, desistindo diante das dificuldades e pouca clareza dos seus objetivos; isso faz com que tenham uma maior chance de experimentarem comportamentos de risco. Entretanto, altos níveis em realização, pessoas que tendem a buscar formas de alcançar seus objetivos, serem ambiciosas, esforçadas e dedicadas; faz com que tenham maiores chances de engajar em comportamentos saudáveis (THOMAS, CASTRO, 2012).

Então de acordo com as pesquisas, o fator neuroticismo parece ser o que está mais relacionado a comportamentos de risco à saúde, assim como exerce influência negativa na adesão aos tratamentos médicos. Por outro lado, as pesquisas que investigaram a personalidade na saúde evidenciaram o fator realização como um componente positivo para comportamentos saudáveis.

Ainda assim, atualmente há poucos trabalhos na literatura referentes à personalidade e adesão ao tratamento, principalmente relacionados à pacientes com o vírus HIV. O que sugere que mais estudos fossem conduzidos, devido a importância do tema para saúde pública no Brasil.

## **6 TOMADA DE DECISÃO E ADESÃO AO TRATAMENTO**

Compreender as motivações do sujeito para determinado fim, que justificam, impulsionam e orientam os comportamentos é crucial para a adaptação do indivíduo na sociedade (MALLOY-DINIZ, KLUWE-SCHIAVON, GRASSI-OLIVEIRA, 2018).

A tomada de decisão é um componente importante do nosso aparato cognitivo, mediado por outras significativas funções. Antes do objetivo fim, que é a escolha dentre as opções, o indivíduo precisa recorrer ao processo de julgamento. Mas este pode acabar por se basear em informações incompletas, que prejudicam uma avaliação acurada da situação. Então, a tomada de decisão, que envolve escolher uma opção entre várias outras, se torna difícil. Já que, geralmente, avaliamos a qualidade de nossas decisões em termos de suas consequências. Na vida cotidiana, a força de suas crenças muitas vezes é aumentada ou reduzida em função de novas informações (EYSENCK, 2017).

Os primeiros modelos de tomada de decisão ganham reconhecimento pelos trabalhos do matemático francês Blaise Pascal (1623-1662), onde o indivíduo optaria por uma decisão, cujo valor esperado é maior. Mas as escolhas nem sempre se fundamentava pelo valor esperado. Foi quando o economista inglês, David Ricardo definiu que as escolhas não se estabeleciam apenas pelo valor espera, mas pelos custos de produção, o esforço e os materiais utilizados para a

manufatura do objeto. Mas esses modelos falhavam em não levar em consideração as histórias de vida de seus indivíduos, que tinham um impacto sobre o julgamento e, conseqüentemente, na tomada de decisão (MALLOY-DINIZ, KLUWE-SCHIAVON, GRASSI-OLIVEIRA, 2018).

Tal lacuna foi minimizada pelo modelo do matemático suíço Nicolau Bernoulli (1687-1759) e Daniel Bernoulli (1700-1782), o qual as pessoas maximizavam a utilidade esperada a determinada opção, atribuíam um peso sobre cada escolha. Mas assim como os modelos anteriores, esse também teve problema com relação à objetividade da utilidade atribuída pela pessoa, não se podia colocar em escala quantitativa contínua. Suas preferências apenas poderiam ser inferidas. Assim, Paul Anthony Samuelson (1915-2009), criou axiomas para que pudesse trabalhar com a noção de utilidade, analisando e simulando comportamento da tomada de decisão. Foi um ponto de partida para elaboração do Teorema da utilidade esperada e a Teoria dos jogos (MALLOY-DINIZ, KLUWE-SCHIAVON, GRASSI-OLIVEIRA, 2018).

Entretanto, dificilmente, serão utilizados os modelos tracionais propostos, anteriormente. Porque na prática não temos disponíveis todas as informações do ambiente, para que os modelos propostos tenham uma efetividade. Então o julgamento e a tomada de decisão são baseados em vieses. Para minimizar as limitações dos modelos racionais, os modelos descritivos ganham notoriedade, preocupando-se em expor a tomada de decisão tal qual como ela ocorre. Possivelmente, o modelo mais conhecido seja o de Amos Tversky e Daniel Kahneman, a Teoria do Prospecto. Ela sugere que os indivíduos tomam decisões baseadas em valores subjetivos, levando em consideração ganhos e perdas, as quais têm funções diferentes (MALLOY-DINIZ, KLUWE-SCHIAVON, GRASSI-OLIVEIRA, 2018).

## **6.1 Heurística**

A maioria das pessoas solicitadas a julgar, faz uso considerável de regras básicas ou da heurística. Ela se denomina como,

uma “estratégia que ignora parte da informação, com o objetivo de tomar decisões de forma mais rápida, simples e/ou acurada do que com métodos mais complexos” (Gigerenzer & Gaissmaier, 2011, p. 454). Como Shah e Oppenheimer (2008, p. 207) salientaram, “a heurística serve principalmente ao propósito de reduzir o esforço associado à tarefa” (EYSENCK, 2017, p. 549).

## **6.2 Heurística da representatividade**

Nosso gosto pela heurística pode nos levar a ignorar a informação da frequência de base. Isto é, o indivíduo deixa de observar a média de frequência de um determinado evento, em uma

população específica. Especificamente, a heurística da representatividade, que envolve decidir se um objeto ou indivíduo pertence à determinada categoria por parecer típico ou representativo dessa categoria. Isso ocorre por conta dos estereótipos associados ao objeto ou situação, que faz com que se despreze a média de ocorrência (EYSENCK, 2017).

### **6.3 Heurística de disponibilidade**

A heurística de disponibilidade é a frequência com que os eventos podem ser estimados com base no quão acessível é para resgatá-lo da memória. Um estudo de 1978, fez com que alguns indivíduos julgassem a probabilidade relativa de diferentes causas de morte. As causas de morte que atraem mais publicidade (p. ex., o assassinato) foram consideradas mais prováveis do que outras (p. ex., o suicídio), mesmo quando o caso era oposto. Essas descobertas sugeriram o uso da heurística de disponibilidade. Em 2012, argumentaram que haveria três modos de explicar as probabilidades ou frequências de julgamentos das pessoas sobre as diversas causas de morte. Em primeiro lugar, elas poderiam usar a heurística da disponibilidade com base em sua experiência pessoal. Em segundo, elas poderiam usar a heurística da disponibilidade com base na divulgação da mídia sobre as causas de morte, assim como sua própria experiência. Em terceiro, elas poderiam utilizar de uma segunda heurística para confirmar a anterior, a heurística de afeto. Ela explica como as reações emocionais podem influenciar o julgamento e a tomada de decisão rápida (EYSENCK, 2017).

### **6.4 Teoria do processo dual: Kahneman**

Como vimos, a maioria das pessoas utilizam as heurísticas ou regras práticas ao fazer julgamentos, uma vez que podem ser usadas de forma rápida e quase sem esforço. Entretanto, os indivíduos algumas vezes usam processos cognitivos complexos. Esse fato levou vários teóricos (p. ex., Kahneman, 2003; De Neys, 2012) a propor os modelos de processo dual, um modelo mais complexo, que demanda mais energia cognitiva e, conseqüentemente, mais tempo. Esses modelos também foram aplicados no desempenho em raciocínio de problemas (EYSENCK, 2017).

De acordo com Kahneman, os julgamentos de probabilidade dependem do processamento de dois sistemas. O primeiro é responsável, normalmente, por julgamentos mais rápidos, automáticos, sem esforço, não utilizando da introspecção e, muitas vezes, carregadas de emoção. Elas são difíceis de controlar e de modificar, é nesse sistema que se utiliza das heurísticas como uma estratégia para lidar com esse julgamento rápido. O segundo tem um

processo mais lentos, que demanda mais esforços, têm mais chance de serem monitoradas de forma consciente e controladas de maneira deliberada. A utilização dessa forma de julgamento é, relativamente, mais flexível e, potencialmente, dirigida por normas. (EYSENCK, 2017).

### **6.5 Julgamento e tomada de decisão em saúde**

Uma característica atual, talvez, seja o rápido acesso que temos as informações. Na área da saúde não é diferente, a forma da relação de comunicação entre médico e paciente mudou e o paciente não mais espera passivamente pelas informações repassadas pelo médico. Em vez disso, ao tomar decisões envolvendo riscos, como ingerir medicamento específico, o paciente tem uma rede de informação especializada na internet, que provem informações acerca dos riscos. Mas o acesso a toda essa informação ao público tem seu problema, as pessoas não estão preparadas para interpretá-las de forma adequada e isso pode contribuir julgamento baseados em vieses (heurísticas). Então, compreender como a população utiliza essas informações é importante, para melhorar a forma como ela é comunicada ao paciente (MALLOY-DINIZ, KLUWE-SCHIAVON, GRASSI-OLIVEIRA, 2018).

Pesquisas recentes apontam que a compreensão limitada dos riscos pode gerar efeitos adversos severos no contexto da prevenção, detecção, do diagnóstico de doenças, das opções de tratamento e da gestão da enfermidade. Por exemplo, um diabético deve monitorar cuidadosamente os níveis de açúcar no sangue e gerenciar a medicação de acordo com esses níveis; um erro na interpretação desses indicadores pode levar a uma dosagem incorreta do medicamento ou a não adesão ao tratamento, levando a maiores complicações da doença (MALLOY-DINIZ, KLUWE-SCHIAVON, GRASSI-OLIVEIRA, 2018).

De acordo com Cox (2014) a capacidade de tomar decisões informadas sobre cuidados de saúde depende da habilidade do paciente em compreender os riscos e benefícios associados à tomada de decisão de risco (BRUST-RENCK, 2018).

A partir dessa concepção de que o paciente deve fazer as interpretações dos riscos, que as abordagens tradicionais para a comunicação de risco enfatizam, de forma a facilitar a tomada de decisão. Para isso, o profissional de saúde deve informar de forma detalhada todos os riscos envolvidos, com o foco na mudança de crença ou comportamento, levando-o em direção à aversão ao risco. Essa ideia de que a comunicação deve ser feita detalhadamente, parte de paradigmas tradicionais sobre julgamento e tomada de decisão, baseados em modelos comportamentais-rationais (MALLOY-DINIZ, KLUWE-SCHIAVON, GRASSI-OLIVEIRA, 2018).

De acordo com essa visão tradicional de comunicação de risco, o objetivo é preencher lacunas entre o prescrito e a realidade descritiva. No contexto de saúde, essa perspectiva de fornecer informação precisa e detalhada serve para que o próprio paciente possa interpretar as informações, tirando suas próprias conclusões. Mas o problema dessa abordagem, é que nem sempre o paciente pode compreender de forma satisfatória, podendo estruturar seu julgamento a partir dos vieses e tomando decisões ruins sobre sua saúde e nem sempre escolhendo a melhor opção. Entretanto, as abordagens mais atuais buscam, além da exposição detalhada dos riscos e benefícios, levar o paciente a compreender seus processos subjetivos, intrínsecos ao julgamento e a tomada de decisão. Por isso a importância dos aspectos emocionais e psicológicos no entendimento deste fenômeno e o trabalho da equipe médica senso auxiliado por um profissional da psicologia (MALLOY-DINIZ, KLUWE-SCHIAVON, GRASSI-OLIVEIRA, 2018).

## **7 FUNÇÃO EXECUTIVA E ADESÃO AO TRATAMENTO**

### **7.1 Funções Executivas**

Funções executivas (FE) são consideradas as habilidades cognitivas envolvidas no planejamento, iniciação, seguimento e monitoramento de comportamentos voluntários complexos com um objetivo definido (HAM DAN, PEREIRA, 2009; SALTHOUSE, ATKINSON, BERISH, 2003).

As FE são, provavelmente, o aspecto mais complexo da cognição humana. Esta complexidade pode ser percebida nos diferentes modelos existentes. Utilizando-se da referência dos autores Miller e Cohen, que conceituam o funcionamento executivo a partir de um modelo integrado. As FE se definem como um constructo multidimensional referente a uma variedade de processos cognitivos de ordem superior, vagamente relacionados, incluindo, iniciação, planejamento, geração de hipóteses, flexibilidade cognitiva, tomada de decisão, regulação, julgamento, utilização de feedback e autopercepção, que são necessários para um comportamento efetivo e contextualizado (HAM DAN, PEREIRA, 2009).

Na avaliação neuropsicológica, o termo FE é designado para abranger uma variedade de funções cognitivas: atenção, concentração, seletividade de estímulos, capacidade de abstração, planejamento, inibição, flexibilidade, autocontrole, formação de conceitos e memória de trabalho. As FE envolvem os âmbitos cognitivo, emocional e social. (HAM DAN, PEREIRA, 2009; SALTHOUSE, ATKINSON, BERISH, 2003).

O mau funcionamento do córtex pré-frontal pode levar a síndromes disexecutivas

caracterizadas pela dificuldade de planejamento, falta de insight, apatia, perseverança, agitação, distrabilidade, capacidade limitada de tomar decisões e despreocupação com as regras sociais. Outros sintomas são alterações na habilidade de iniciar, manter e inibir respostas comportamentais, causando graves danos ao funcionamento independente do indivíduo (HAMDAN, PEREIRA, 2009).

## **7.2 Funções executivas e adesão ao tratamento**

A adesão é um comportamento que está relacionado com tomar os medicamentos em horários prescritos e de forma regular. Para que isso ocorra, as funções executivas são recrutadas, porque requer o desenvolvimento e implementação de um plano para aderir e lembrar, o que pode exigir tempo e lembranças prospectivas baseadas em eventos. Saber se um medicamento foi tomado como desejável é um comportamento caracterizado como monitoração de origem, que está muito presente nas doenças crônicas (INSEL et al, 2006).

Uma função básica para adesão em doenças crônicas é a memória de trabalho, devido sua relação com a intenção de tomar a medicação, que necessita do acesso a informações rápidas para desempenhar comportamento esperado. Mas não tão somente ela, outras funções são requeridas para que o comportamento de adesão seja satisfatório. A adesão também dependerá da capacidade de codificação e armazenamento de informações sobre o medicamento (por que o remédio importante? por que a pessoa precisa levá-lo?) e instruções sobre quando e o como eles devem ser tomados (INSEL et al, 2006).

O manejo de doença crônicas podem ser exigentes, um exemplo é a diabetes, que precisa de checagem frequente da glicemia e do cálculo da insulina. Embora os requisitos específicos dependam do regime de tratamento prescrito, essas tarefas são geralmente muito difíceis de realizar para muitos jovens, devido as pressões do funcionamento diário regular, um regime de tarefas complexas e, às vezes, estressantes. Apesar de não ter dados suficientes para afirmar que a adesão tem relação direta com o funcionamento cognitivo, algumas pesquisas apontam que o prejuízo do funcionamento cognitivo pode ter relação com a não adesão a medicação, especialmente, a memória de trabalho. No tratamento para o HIV, por exemplo, para que os indivíduos tenham uma boa resposta ao tratamento, é requerido funções de planejamento, inibição de comportamento de risco, como esquecer de tomar a medicação por longos períodos. Esses aspectos requer um esforço cognitivo alto, como foi observado no regime terapêutico de doenças crônicas (INSEL et al, 2006).

O comprometimento das FE é esperado, uma vez que HIV “afeta” estruturas

subcorticais e zonas de massa branca. Uma das regiões mais afetadas pela ação do vírus é o sistema fronto-estriado-talâmico, assim como o córtex pré-frontal. Os estudos indicam que, aproximadamente, 30% a 50% dos casos de infecção pelo HIV corresponde a prejuízo cognitivo, como estruturar, organizar e executar comportamentos voltados para um objetivo (SCOOT et al, 2011).

Tendo em vista que as FE têm uma importante ligação com o córtex pré-frontal e com outras estruturas subcorticais, como os núcleos da base, o funcionamento destas funções fica comprometido com a ação do vírus no SNC. Netto et al (2011) a partir de um estudo de neuroimagem e avaliação neuropsicológica das FE em pacientes do Rio de Janeiro, infectados com HIV, relatam que déficits nestas funções estão relacionados com a redução da espessura cortical das regiões frontoestriatais, demonstrados no WCST. E no Teste de Wisconsin apresentam uma correlação moderada a forte com a espessura das regiões pré-centrais e orbitofrontal lateral.

## **8 JUSTIFICATIVA**

Esse projeto foi pensando a partir de um contanto clínico com um paciente com HIV/Aids, durante a prática clínica, na graduação. Eu comecei a observar uma relação da sua soropositividade com alguns sintomas de estresse, ansiedade e depressão. Então surgiu a ideia de explorar as características psicológicas e o HIV.

Além da primeira fundamentação, durante a fase da construção do projeto de pesquisa, para o processo seletivo de Mestrado, outras motivações permearam a elaboração. Como um aumento da taxa de detecção de aids por 100,000 habitantes, na região norte e nordeste do país. No Amazonas, o estado segue uma tendência ao crescimento na taxa de detecção de aids, de 28,7 em 2018 para 29,1 em 2019, podendo ser evidenciado nos Boletins Epidemiológicos do Ministério da Saúde. Mais especificamente em Manaus, o coeficiente de mortalidade teve um discreto crescimento na mortalidade por capital, que levou Manaus do quarto lugar para o terceiro dentre as capitais do país em 2019. Esses dados fundamentam o motivo pelo qual esse projeto de avaliação das características psicológicas e adesão ao tratamento antirretroviral seja importante. (BRASIL, 2019).

Outra contribuição das avaliações das características psicológica é incentivar os pacientes a estar mais atento aos seus próprios aspectos emocionais, promovendo o autoconhecimento e a melhoria no autocuidado. Esse estudo tem uma importância de desenvolver novas pesquisas com as pessoas que vivem com HIV/Aids, para promover

melhorias à adesão ao tratamento; desenvolver um protocolo de avaliação psicológica e emocional para este público, visando contribuir com o trabalho dos demais agentes de saúde da FMT para o acompanhamento regular do paciente. Desta forma, este estudo pretende contribuir para que os elevados investimentos feitos pelo Ministério da Saúde sejam potencializados, na direção do controle e na obtenção de melhores resultados na incidência desta infecção no Brasil.

## **9 OBJETIVOS**

### **9.1 Objetivo Geral:**

Examinar a correlação de características psicológicas (personalidade, ansiedade, depressão, estresse, padrão de funcionamento executivo e tomada de decisão) com a adesão ao TARV de pessoas com HIV/AIDS, atendidos na FMT.

### **9.2 Objetivos Específicos:**

Descrever os padrões de funcionamento cognitivos (e tomada de decisão e funções executivas) destas pessoas;

Descrever os padrões de funcionamento psicoafetivo (ansiedade, estresse e depressão);

Descrever os padrões típicos de traços de personalidade deste público;

Descrever o nível de adesão ao TARV.

### **9.3 Benefícios Esperados:**

Ampliação das informações clínicas em seu prontuário favorecendo a oferta de novas intervenções para seu tratamento; um melhor autoconhecimento, para promover o cuidado e desenvolver uma consciência sobre seu processo de adoecimento, com objetivo de melhorar o entendimento que o indivíduo tem sobre o seu próprio estado de saúde, que é de grande importância para a adesão ao tratamento.

Para o local do estudo: Contribuir no desenvolvimento de um protocolo de rotina para avaliação psicológica de pacientes com HIV/AIDS na FMT, a ser inserido no seu prontuário, visando auxiliá-los os profissionais tanto nas tomadas de decisões terapêuticas do paciente, e também promover pesquisas futuras. Outra ideia interessante que pode beneficiar os pacientes é a confecção de uma cartilha.

## **10 METODOLOGIA**

### **10.1 Participantes**

A amostra deste estudo estava prevista para 200 pessoas com HIV/AIDS, maiores de dezoitos anos, da Fundação de Medicina Tropical Doutor Heitor Vieira Dourado, da cidade de Manaus. Mas foi composta de 54 pessoas em decorrência do pouco engajamento, a rotina do ambulatório, onde foi previsto a abordagem a esses pacientes. Os pacientes procuram este ambulatório específico para remarcar suas consultas de rotina, mas como o número de pessoas era, quase sempre, maior que o número de profissionais para atender. Os pacientes estavam, em muitas ocasiões, impacientes o que pode ter contribuído para a pouca adesão ao estudo. E, por último, o tempo do estudo que levava, em média, uma hora.

Dos 54 participantes, 90,7% eram do sexo masculino (n= 49). A média de idade foi de 29 (DP 7,7), variando de 20 a 55, dos quais a maioria 64,8% estavam na faixa dos 20 a 30 anos.

A escolaridade dos participantes da amostra organizou-se em três categorias: 53,7% no ensino médio, 40,7% no ensino superior e apenas 5,6% no ensino fundamental. A classe social, em maioria, está entre as classes B2, C1 e C2 que corresponde por 79,6% da amostra, respectivamente, com renda média de 5, 3 e 1 salários mínimos (ABEP, 2019).

### **10.2 Critérios de Inclusão na Amostra**

- Ser maior de 18 anos, com o diagnóstico há mais de seis meses;
- Estar em Terapia Antirretroviral;
- Possuir capacidades cognitivas e motoras para responder as escalas e aos testes;

### **10.3 Critérios de exclusão do Estudo**

- Apresentar histórico de transtorno psiquiátrico ou neurológico;
- Apresentar histórico de transtorno de aprendizagem;
- Estágio avançado da infecção pelo HIV;
- Solicitar a remoção dos seus dados

### **10.4 Instrumentos**

- Questionário de dados sócio demográficos: Coleta de dados demográficos pessoais como sexo, idade, escolaridade, área de estudo. A classe econômica foi avaliada de acordo com o Critério de Classificação Econômica Brasil (ABEP, 2018), que fornece

uma distribuição de classes, pontuada por protocolo específico e classificada como A1, A2, B1, B2, C, D e E.

- Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH, versão online): É um instrumento autoaplicável para a identificação de qual estágio de adesão do paciente com HIV em tratamento antirretroviral. O questionário tem 17 itens que em seu conjunto avaliam o grau de adesão, é uma ferramenta rápida e simples de administrar, e fácil para o paciente responder. Além disso, tem caráter multidimensional, pois abarca os principais fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento. A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens (valor mínimo possível 17, valor máximo possível 85), essa pontuação será apresentada por meio de um relatório, a partir de um resultado percentil de 0 a 100. Quando o valor percentil estiver acima de 86 é considerado que o sujeito está com adesão estrita, valor entre 51 e 85 adesão insuficiente e abaixo de 50 baixa adesão (REMOR, MILNER-MOSKOVICS, PREUSSLER, 2007; REMOR et al, 2019).
- Inventário de Depressão de Beck (BDI): É um instrumento para mensuração da intensidade da depressão, que foi criado por Beck, Ward, Mendelson, Mock e Erbaugh (1961) e revisado por Beck, Rush, Shaw e Emery (1979/1982). É uma escala de auto relato, de 21 itens, cada um com quatro alternativas, subentendendo graus crescentes de gravidade da depressão, com escore de 0 a 3. Os itens foram selecionados com bases em observações e relatos de sintomas e atitudes mais frequentes em pacientes com transtornos de depressivo. Os itens do BDI referem-se a: 1. Tristeza; 2. Pessimismo; 3. Sentimento de fracasso; 4. Insatisfação; 5. Culpa; 6. Punição; 7. Auto aversão; 8. Autoacusações; 9. Ideias suicidas; 10. Choro; 11. Irritabilidade; 12. Retraimento social; 13. Indecisão; 14. Mudança da autoimagem; 15. Dificuldade de trabalhar; 16. Insônia; 17. Fadigabilidade; 18. Perda de apetite; 19. Perda de peso; 20. Preocupações somáticas; 21. Perda de libido (CUNHA, 2001).
- Inventário de Ansiedade de Beck (BAI): É um instrumento para mensuração da intensidade de ansiedade, que foi criado por Beck, Epstein, Brown e Steer, no CCT, em 1988. A escala foi construída com base em vários instrumentos de auto relatos, usados no CCT para medir aspectos da ansiedade. O BAI é uma escala de auto relato, que mede a intensidade de sintomas de ansiedade. O inventário é constituído por 21 itens, que são afirmações descritivas dos sintomas de ansiedade, e que devem ser avaliados pelo sujeito com referência a si mesmo, numa escala de 4 pontos. Os itens, incluídos por

Beck e Steer (1993a), são os seguintes: 1. Dormência ou formigamento; 2. Sensação de calor; 3. Tremores nas pernas; 4. Incapaz de relaxar; 5. Medo que aconteça o pior; 6. Atordoado ou tonto; 7. Palpitação ou aceleração do coração; 8. Sem equilíbrio; 9. Aterrorizado; 10. Nervoso; 11. Sensação de sufocação; 12. Tremores nas mãos; 13. Trêmulo; 14. Medo de perder o controle; 15. Dificuldade de respirar; 16. Medo de morrer; 17. Assustado; 18. Indigestão ou desconforto no abdômen; 19. Sensação de desmaio; 20. Rosto afogueado; 21. Suor (não devido ao calor) (CUNHA, 2001).

- Bateria Fatorial de Personalidade (BFP): A BFP foi criada com base em itens de escalas previamente construídas que avaliam individualmente os cinco fatores. Especificamente, foram utilizados itens das Escalas Fatoriais de: Neuroticismo, Extroversão, Socialização, Realização e Abertura. O teste é constituído por 126 itens, composto por afirmações descritivas que tem relação com os estudos sobre Marcadores de Traços dos CGF no Brasil. Muitos outros descritores de traços, contudo, referem-se a atributos psicológicos estudados direta ou indiretamente por outros instrumentos psicológicos, como o 16-PF e o Eysenck Personality Questionnaire – EPQ (Eysenck & Eysenck, 1975). Outra fonte importante de informação para a construção dos itens foi o DSM-IV, especificamente a seção que apresenta os transtornos de personalidade (NUNES, HUTZ, NUNES, 2013).
- Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (Wisconsin Card Sorting Teste – WCST): É um instrumento de avaliação das funções executivas e tem sido cada vez mais empregado como um instrumento de avaliação neuropsicológica. Foi originalmente desenvolvido para mensurar o raciocínio abstrato entre populações de adultos saudáveis. A primeira padronização publicada foi desenvolvida por Robinson (1980) e Heaton (1981). A segunda padronização do teste, usada até hoje, foi desenvolvida em 1993 por Heaton e Colaboradores. Desde então o WCST ganhou expressão internacional, com versões em várias partes do mundo. O seu objetivo é verificar o desempenho do indivíduo em tarefas que demanda a utilização dessas funções, para administrar a complexidade do próprio comportamento e envolvem diversos componentes: raciocínio verbal, resolução de problemas, motivação, planejamento, flexibilidade do pensamento, memória de trabalho, formação de conceitos, abstração, tomada de decisões, juízo ético moral, execução de multitarefas, inibição de comportamentos inadequados, utilização de feedback do ambiente e habilidade para lidar com novidade. É um teste com quatro cartas-estímulo expostas na mesa diante do testando e 128 cartas-resposta que serão

manejadas por ele, colocando-as logo abaixo destas, buscando uma correta classificação (SILVA-FILHO, PASIAN, HUMBERTO, 2011).

- Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL): É um instrumento para mensuração da intensidade de estresse, que foi criado por Marilda Emmanuel Novaes Lipp. É uma escala de auto relato, de 53 itens, que identifica o sujeito em 4 fases do estresse: Alarme, resistência, quase exaustão e a exaustão. O ISSL é composto por três quadros (Q) que se referem às quatro fases do estresse, divididos de forma temporal em sintomas das últimas 24 horas (Q1 – 15 sintomas da fase de alerta), última semana (Q2 – 15 sintomas da fase de resistência e quase-exaustão) e último mês (Q3 – 23 sintomas da fase de exaustão). A sintomatologia é dividida em física e psicológica, correspondentes às manifestações mais frequentes do estresse sentidas pelos indivíduos que vivenciam uma situação potencialmente estressora (LIPP, 2000).
- Iowa Gambling Test – Versão Brasileira (IGT-Br): Igt é uma tarefa neuropsicológica originalmente desenvolvida em inglês, mais usada no mundo para avaliar o processo de tomada de decisões. No IGT, os sujeitos têm que escolher uma carta de cada vez dos quatro blocos disponíveis (A, B, C e D). A tarefa requer que o sujeito faça 100 escolhas (100 tentativas), e em cada tentativa, os sujeitos podem ganhar ou perder certa quantia de dinheiro. Dois dos blocos (A e B) produzem alto ganho imediato, mas em longo prazo tem uma perda maior e, portanto, são blocos mais desvantajosos. Em contraste, os outros dois blocos (C e D) geram ganhos relativamente menores, mas em longo prazo as perdas são menores e, portanto, são vantajosas. Ao longo dos ensaios, voluntários saudáveis aprendem a evitar os blocos mais desvantajosos em preferência pelos vantajosos. Para medir o desempenho, as escolhas são divididas em cinco blocos, com vinte escolhas cada. Para cada bloco, uma pontuação líquida é obtida. Uma pontuação líquida total de todos os blocos também é obtida (MALLOY-DINIZ et al, 2008).

## 10.5 Procedimentos

A pesquisa teve início após aprovação do projeto pelo Comitê de Ética, ela se dava em única etapa (uma sessão), com tempo de duração de, aproximadamente, uma hora. Os participantes da pesquisa, após a consulta de rotina eram encaminhados para uma sala reservada, respeitando-se a privacidade dos mesmos, onde seriam realizadas as coletas dos dados.

Esta etapa era feita a utilização instrumentos psicológicos de forma individual, ao qual

o pesquisador explicava a finalidade da pesquisa, do que se tratava os instrumentos, explicando os riscos e os benefícios, bem com a leitura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (Anexo A) e, após o consenso e assinatura do termo, será dado início aplicação do questionário e dos instrumentos.

A aplicação dos instrumentos era presidida pela a apresentação do questionário sócio demográfico ao participante, logo após o seu preenchimento, o pesquisador fazia a aplicação do “Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral” (CEAT-VIH, versão online) que faz a mensuração da adesão do sujeito aos medicamentos antirretrovirais”. Este questionário foi traduzido, adaptado e validado para a língua e população brasileira. Posteriormente, a ansiedade e depressão eram avaliadas pelas Escalas Beck (BDI e BAI); a identificação das características da personalidade foi feita pela Bateria Fatorial de Personalidade (BFP); as funções executivas foram avaliadas pelo Teste Wisconsin de Classificação de Cartas (Wisconsin Card Sorting Teste – WCST); o estresse foi utilizado o Inventário de Sintomas de Stress para Adultos de Lipp (ISSL) e a tomada de decisão era avaliada pelo Iowa Gambling Test – Versão Brasileira (IGT-Br).

## **10.6 Análise de dados**

A fim de alcançar os objetivos propostos na pesquisa foram utilizados alguns pacotes estatísticos para analisar os dados colhidos, como os programas Microsoft Excel e o SPSS (Statistical Package for the Social Sciences) V. 20.0. Na análise pelo programa Microsoft Excel serão utilizadas estatísticas descritivas dos dados colhidos, identificando as frequências dentre a população analisada, além da criação de gráficos e organização do banco de dados. No SPSS foram feitas estatísticas descritivas e analíticas e os estudos de correlação.

## **11 ASPECTOS ÉTICOS**

Todos os sujeitos da pesquisa foram esclarecidos sobre os objetivos e a relevância da pesquisa, cabendo a cada um incluir-se ou ausentar-se, como assim julgar. Cada sujeito da pesquisa assinou o termo de consentimento livre e esclarecido, respeitando o disposto nas resoluções n.º 466/12, n.º 510/16 do Conselho Nacional de Saúde, que define as diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisa envolvendo seres humanos.

Foram evitados quaisquer constrangimentos, a fim de proporcionar o bem-estar do sujeito. Desta forma, o mesmo poderia retirar-se da pesquisa a qualquer momento, mas não houve nenhuma desistência, ou pedido de retirada dos dados da pesquisa pelos participantes. O

TCLE foi apresentado em linguagem simples e clara, destacando o modo de sua participação, seus direitos e garantia de acesso às informações. O projeto de pesquisa foi previamente encaminhado ao Comitê de Ética em Pesquisa da Universidade Federal do Amazonas – CEP/UFAM para aprovação para iniciação da coleta de dados. A pesquisa teve sua aprovação em 27 de novembro de 2018, com o número de CAAE: 02193018.6.0000.5020

## **11.1 Análise crítica dos riscos e benefícios da pesquisa**

### **11.1.1 Benefícios**

O estudo tem relevância científica e social, e trouxe benefícios diretos aos participantes da pesquisa na forma da ampliação do seu autoconhecimento e a noção das características psicológicas, que podem interferir positivamente e negativamente na adesão ao tratamento antirretroviral, aferidas pelos instrumentos durante a fase de coleta de dados. Os voluntários que solicitavam recebiam um relatório individual de cada instrumento, demonstrando a sua pontuação em relação a cada característica.

### **11.1.2 Riscos**

De acordo com a resolução n.º 466/12 não existe pesquisa com seres humanos sem risco. Embora tratar-se apenas de uma investigação feita através de escalas na forma de preenchimento de questionário de auto relato e testes computadorizados, eventualmente pode ocorrer – mesmo sendo pouco provável – algum constrangimento por parte do entrevistado no momento de responder as perguntas. Para tanto, caso ocorresse constrangimento ou desconforto durante a participação no estudo, o pesquisador suspenderia a aplicação dos instrumentos de coleta de dados para prestar-lhe ajuda, visando seu bem-estar. Ainda assim, poderá ser, posteriormente, encaminhado (a) para Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, estabelecido na Av. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 6200, Bloco X, Coroadó, Manaus/AM, e ficaria aos cuidados da psicóloga Rebeca Louise Pevas Lima de Freitas, responsável pelo serviço. Felizmente, não houve nenhum caso ou situação que o participante precisasse do atendimento do serviço de psicologia, em decorrência da pesquisa.

Os participantes da pesquisa poderiam ter direito a indenizações e cobertura material para reparação em decorrência da pesquisa (Resolução CNS nº 466 de 2012, IV.3.h, IV.4.c e V.7). Cumpre esclarecer que a pesquisa, por meio da instituição os amparava para garantir o direito à indenização aos participantes (cobertura material), em reparação a dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral,

intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais lhes será exigida, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos foram estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorressem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, que não há previsibilidade dos mesmos em seus graus, níveis e intensidades na Resolução em tela e nem na Resolução 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, e que não há definição da gradação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado). Desta forma, foi descrito a garantia de ressarcimento e o modo como deveria ser realizado o ressarcimento das despesas do participante da pesquisa e de seu acompanhante, quando necessário. Salienta-se que os itens ressarcidos não são apenas aqueles relacionados a "transporte" e "alimentação", mas a tudo o que fosse necessário ao estudo conforme o Item IV.3.g, da Resolução CNS nº. 446 de 2012.

## **12 RESULTADOS**

### **12.1 Estatísticas Descritivas**

A seguir serão apresentados os resultados dos participantes deste estudo, em termos de desempenho médio, em cada um dos instrumentos utilizados.

#### **12.1.1 Questionário para Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral (CEAT-VIH, versão online)**

Na tabela 1 a apresentação dos dados é conforme a versão online do CEAT-VIH, composta por 17 itens com escala de respostas tipo Likert de cinco pontos, distribuídos em cinco facetas, de acordo com a teoria que fundamenta o instrumento: Cumprimento, indica a extensão ao qual o comportamento da pessoa reflete uma adesão estrita à medicação; Antecedentes de Falha na Adesão, indica até que ponto as informações pessoais, antecedentes de falta de adesão ou eventos situacionais estão relacionados à não adesão; A Comunicação Médico-Paciente, indica a qualidade percebida da relação médico-paciente como reforço motivacional à adesão ao tratamento; Crenças e Expectativas Pessoais sobre o Tratamento, indica até que ponto as crenças do paciente e as expectativas afetam o comportamento de adesão ao tratamento; e Satisfação com o Tratamento, indica o grau de satisfação com os resultados do tratamento. O instrumento também fornece o Índice de Adesão Global, que combina todas as cinco facetas mencionadas.

O índice de adesão global pode variar de 17 a um máximo de 89 pontos. O questionário on-line faz correção automática, gera uma pontuação padronizada (na escala percentílica "P"),

classificando os sujeitos de acordo com o grau de adesão: “adesão baixa” (escore bruto  $\leq 74$ ;  $P \leq 49$ ), “adesão insuficiente” (escore bruto entre 75 e 79;  $P 50-84$ ) e “adesão estrita” (escore bruto  $\geq 80$ ;  $P \geq 85$ ) (REMOR, 2013).

Tabela 1 - Estatística do Questionário de Adesão ao Tratamento

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Cumprimento	33	100	81,81	15,582
Antecedentes da Falta de Adesão	25	100	85,44	13,883
Comunicação Médico/Paciente	17	100	67,41	20,443
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	45	100	75,46	11,747
Satisfação com o Tratamento	25	100	80,61	17,638
Índice de Adesão Global	46	91	78,11	9,144

As médias obtidas nas cinco facetas e no índice global segue um padrão próximo a outros estudos, médias maiores em “cumprimento e antecedentes de falta de adesão”. Nas médias de crenças e expectativas sobre o tratamento e sua satisfação já se observou maior do que em outro estudo realizado na Venezuela, mas nada discrepante. Adesão global teve média 78 e DP 9, que também é um padrão próximo as médias de outros estudos, em torno, de 50 a 85 percentil, relacionado a uma adesão insuficiente (REMOR, 2002; REMOR et al, 2007; REMOR, 2013; ÁLVAREZ, RÍOS, HERNÁNDEZ, 2017; REMOR et al, 2019).

No gráfico 1 é apresentado a classificação da adesão da amostra. Observa-se que adesão insuficiente representa 83,3% da amostra, enquanto 16,6% estão em adesão estrita ao TARV. Foi verificado neste estudo que a taxa de adesão estrita foi mais baixa que outros estudos anteriores, onde a taxa encontrada foi por volta de 26,8% (REMOR, 2007; MORAES et al, 2015).

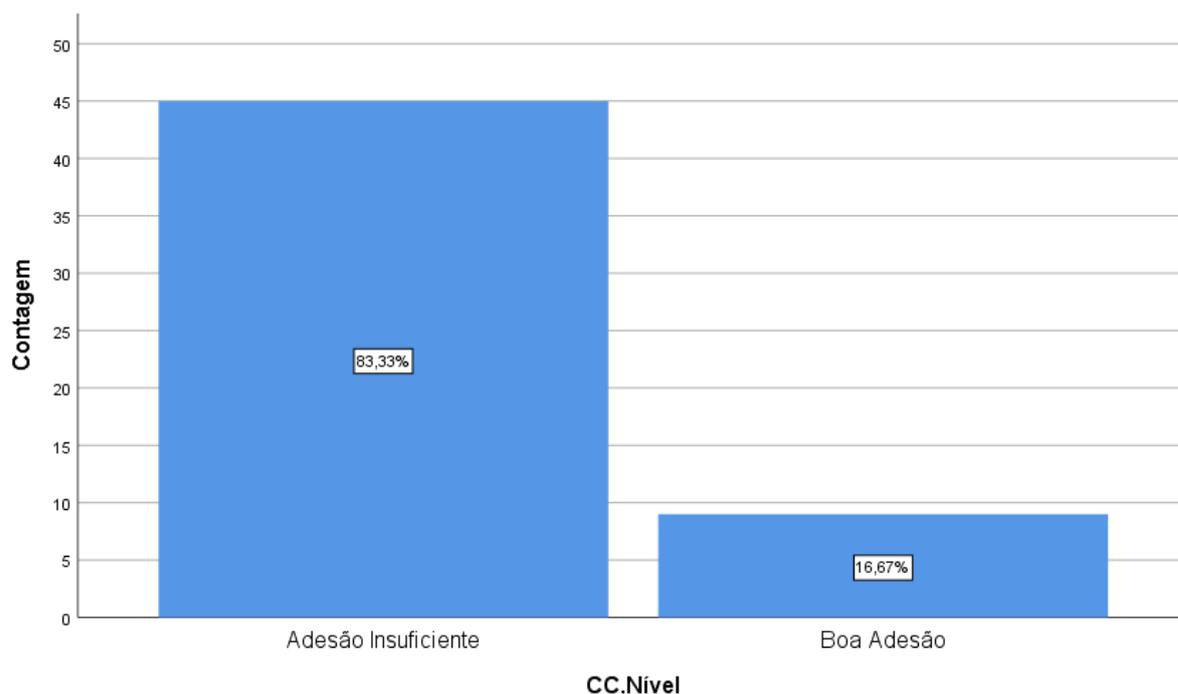


Figura 1 - Gráfico do nível de adesão ao TARV

### 12.1.2 Bateria Fatorial de Personalidade

Na tabela 2 são apresentados os dados relacionados aos cinco grandes fatores de personalidade, que estão destacados em negrito. E para cada faceta são apresentados os dados das subfacetas, de acordo com a teoria que fundamenta o teste.

Tabela 2 - Estatística da BFP

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
<b>Neuroticismo - N</b>	1,5	6,0	3,85	1,06
Vulnerabilidade - N1	1,3	6,3	3,79	1,36
Instabilidade Emocional - N2	1,5	7,0	4,47	1,47
Passividade - N3	1,2	7,0	3,98	1,30
Depressão - N4	1,1	6,3	3,16	1,13
<b>Extroversão - E</b>	2,9	6,4	4,73	0,86
Comunicação - E1	1,8	6,5	4,47	1,19
Altevez - E2	2,0	6,6	4,14	1,18
Dinamismo - E3	3,0	7,0	5,16	0,98
Interações Sociais - E4	2,7	7,0	5,14	1,23
<b>Socialização - S</b>	3,6	6,0	4,93	0,55

Amabilidade - S1	3,5	7,0	5,79	0,80
Pró-sociabilidade - S2	2,6	6,9	5,29	0,93
Confiança nas Pessoas - S3	2,3	6,1	3,73	0,92
<b>Realização - R</b>	3,9	6,4	5,13	0,64
Competência - R1	2,8	7,0	5,47	0,92
Ponderação e Prudência - R2	1,8	7,0	4,69	1,29
Empenho e Comprometimento - R3	3,7	7,0	5,27	0,76
<b>Abertura - A</b>	2,8	6,5	4,78	0,77
Abertura a Ideias - A1	1,6	6,3	4,43	1,10
Liberalismo - A2	2,4	6,9	5,15	0,94
Busca por Novidades - A3	2,0	7,0	4,74	1,07

Ao analisar as médias dos cinco grandes fatores, a amostra apresentou um valor alto para “neuroticismo”, média de 3,85 e alto em “extroversão”, média de 4,73. Então pode destacar que os participantes experimentam padrões de emoções associados a um desconforto psicológico maior, são mais propensos a experimentar um sofrimento emocional de forma intensa, tem dificuldade de tolerar frustrações e podem apresentar uma maior impulsividade. Entretanto, um valor alto em extroversão indica uma maior quantidade e intensidade das interações interpessoais, quer dizer que são mais sociáveis, ativos, assertivos, otimistas e afetuosos.

Quando comparado as médias dos cinco grandes fatores desta amostra com a de outros estudos, elas parecem seguir um mesmo padrão, com uma média considerada alta na faceta de neuroticismo. Mas nas outras 4 grandes facetas elas se mostram no padrão médio, normal e esperado. A diferença foi o valor alto em “extroversão”, enquanto em dois outros estudo as médias foram de 4,69, considerado um valor de classificação média de acordo com a normas para BFP (COSTA et al, 2018).

Uma análise nos valores das médias das subfacetas, elas também seguem um padrão médio e normal nesta amostra, comparada a outros estudos, apenas um valor alto em duas subfacetas do “neuroticismo”; instabilidade emocional com média de 4,47 e depressão com 3,16, considerados altos para as normas do teste. E a subfacetas de “socialização” que apresentou uma média de 3,73, considerado baixo, o que significa que os participantes da

amostra tendem a confiar menos nas pessoas (COSTA et al, 2018).

### 12.1.3 Iowa Gambling Test

O IGT é um teste neuropsicológico mais usado no mundo para avaliar o processo de tomada de decisões. A tarefa do IGT consiste em escolher cartas de quatro baralhos para um total de 100 opções (cinco grupos de 20 opções cada). Cada baralho tem um sistema fixo e pré-programado de recompensas e punições, com base em um processo de aprendizado, e os participantes podem criar padrões de probabilidade e inferir quais baralhos são vantajosos e quais não são, considerando os riscos e benefícios a curto e a longo prazo.

Tabela 3 - Estatística do Teste de Tomada de Decisão

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Pilha A	7	34	20,70	6,424
Pilha B	10	40	28,61	7,357
Pilha C	8	40	23,09	6,484
Pilha D	11	40	27,65	6,716
Bloco 01	-14	12	-2,00	4,991
Bloco 02	-16	18	,89	5,545
Bloco 03	-12	12	,15	5,297
Bloco 04	-10	20	1,26	6,699
Bloco 05	-18	20	1,52	7,914
Tendência Geral	-38	52	1,43	17,867

As análises do IGT podem ser feitas de três formas: Primeiro, pelo número total de cartas selecionadas para cada baralho. Segundo, pelo valor total obtido em cada um dos cinco blocos. E por último, pela tendência geral, adquirido através da tarefa no teste, que tem como normatização (indicação de tomada de decisão ruim, score < 18; limítrofe, -18 < score < +18; indicação de tomada de decisão boa, score  $\geq$  18 (BAKOS et al, 2010).

A partir da primeira análise; a amostra obteve uma maior média no “baralho b”, de 28,61 e DP 6,4. Isso pode indicar uma tomada de decisão ruim por parte dos participantes da amostra, porque de acordo com a teoria que fundamenta o teste, o “baralho B” seria mais evitado em pessoas com boa capacidade tomada de decisão. Entretanto houve uma média maior

no “baralho d”, média de 27,65 e DP 7,3, um indicativo diferente do outro baralho. “O baralho D” é universalmente preferido e indica uma boa capacidade de tomada de decisão. A escolha pelos baralhos B e D, também pode ser explicado pela baixa frequência de punições como houve no estudo conduzido por Schneider e Parente (2006). Então não se observou diferenças claras pelos números totais de cartas.

O segundo modo de análise é a partir das médias por bloco, que tem médias diferentes entre si. A média menor pode ser observada no bloco 1, valor de -2 DP 4,9 que é um indicativo que os participantes da amostra começaram a utilizar os baralhos desvantajosos. Nos blocos subsequentes pode-se notar um aumento das médias, que demonstra um leve aumento pelas escolhas dos baralhos vantajosos. Entretanto, mesmo com esse aumento quando comparados as médias de outros estudos, a amostra desse estudo está bem abaixo do esperado, igualando-se aos valores de desempenho de um grupo de pessoas com TDAH no estudo do Malloy-Diniz em 2008. Isso pode indicar que a amostra tem uma baixa capacidade de tomada de decisão mais vantajosas, que também foi evidenciado na medida da “tendência geral”.

A amostra apresentou média de 1,43 e DP 17,86 na tendência geral, que de acordo com normatização acima, ela apresenta uma classificação limítrofe. Ao comparar essa média com a do estudo do Malloy-Diniz (2008), a média da tendência geral ficou abaixo da média do grupo com TDAH, o que demonstra uma baixa capacidade de tomada de decisão vantajosa.

Na figura 2 é apresentado a classificação da amostra de acordo com o resultado da tendência geral de cada participante, baseado no cálculo apresentado previamente. Quando comparados os resultados dessa amostra com os estudos anteriores, a porcentagem de pessoas com “prejuízo” está bem abaixo. No estudo de 2010, o número de participantes brasileiros com prejuízo foi de 83% e na amostra americana foi de 40%; no grupo de “sem prejuízo” o número de participantes brasileiros sem prejuízo foi de 17% e na amostra americana foi de 60% (BAKOS et al, 2010).

A maior concentração está no grupo do “limítrofe”, que na amostra deste estudo ficou bem acima, quando comparado ao estudo já citado, que representava 0% de limítrofes, tanto no grupo de participantes brasileiros e americanos. No entanto, se a comparação for com um segundo estudo, conduzido por Cardoso e outro autores, de 2010. Essa diferença diminui, mas ainda sim a amostra desse presente estudo fica acima. No estudo de Cardoso a porcentagem de pessoas classificadas como “limítrofes” era 52% na primeira testagem e de 38% no reteste. Quando comparado a porcentagem dos participantes “com prejuízo” e “sem prejuízo” segue o mesmo padrão de comparação com o estudo anterior do Malloy-Diniz (2010).

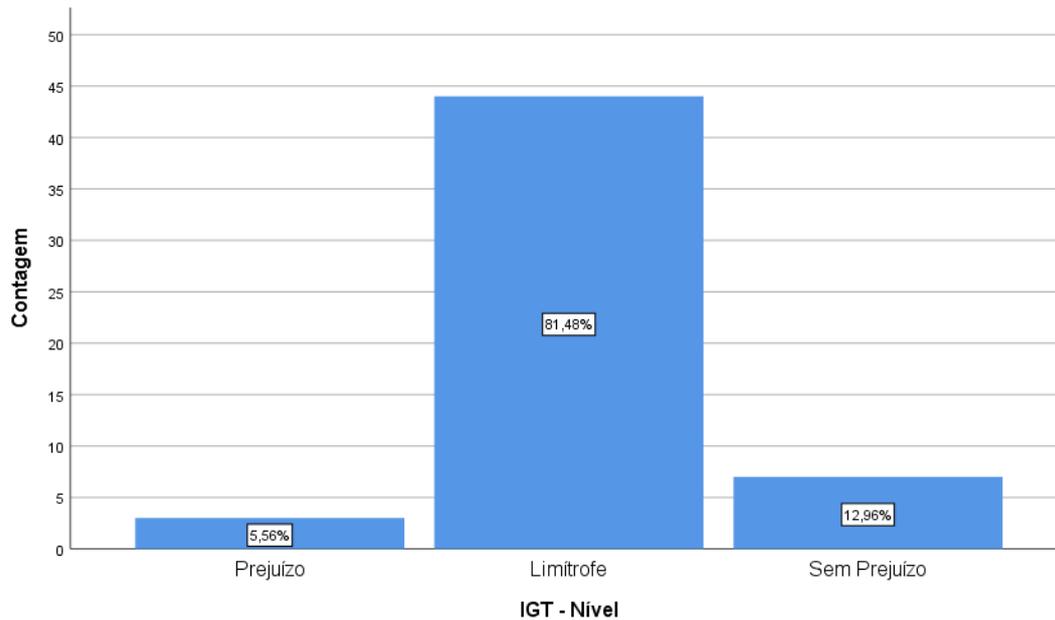


Figura 2 - Gráfico do nível de desempenho em tomada de decisão

#### 12.1.4 Inventário de Depressão de Beck

De acordo com a pontuação total obtida no BDI, classificam-se os sintomas depressivos apresentados pelo sujeito com base numa escala, que valor igual e maior que 20 diferenciam indivíduos deprimidos de não deprimidos (0-11 pontos: sem sintomas/mínimo e negativo para depressão; 12-19 pontos: sintomas leves e negativo para depressão; 20-35 pontos: sintomas moderados e positivo para depressão; >35 pontos: sintomas graves e positivo para depressão) (CUNHA, 2001).

Tabela 4 - Estatística do Inventário de Depressão de Beck

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BDI	0	55	16,93	11,216

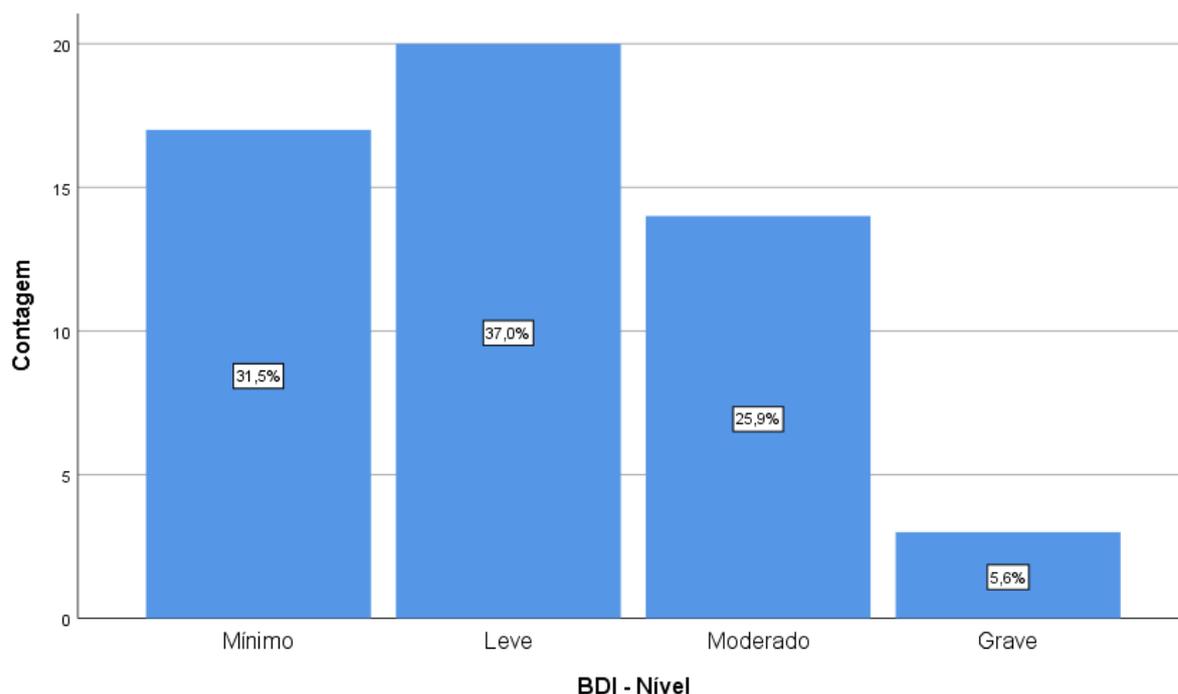


Figura 3 - Gráfico do nível de intensidade de sintomas da depressão

Na tabela 4 a amostra apresentou média 16,9 e DP 11,2, o que indica que os participantes tiveram, em algum grau, sintomas de depressão. Se a média for comparada com normatização do teste, pode-se dizer que uma porção razoável dos participantes estão em grau leve de sintomas de depressão, visualizados no gráfico da imagem 3.

A média deste estudo também obteve valores quase semelhantes quando comparados a outros estudos anteriores. Como dois estudos de 2015 e 2016 que, respectivamente, apresentaram média 19 DP 12 e média 13 DP 11,5 (FREITAS, FERNANDES, MORGADO, 2015; LEITE, 2016).

Quanto ao resultado da porcentagem com relação a intensidade dos sintomas, comparando com os dois estudos citados no parágrafo anterior segue um padrão quando comparado a amostra do presente estudo; O índice percentual da amostra estudada é maior nos níveis mínimo, leve e moderado, apenas nos dois outros estudos que a porcentagem dos sintomas graves são maiores que a presente amostra.

De acordo com a UNAIDS foi realizado um estudo em 38 países e mostra que 15% dos adultos que estão vivendo com HIV relataram depressão ou se sentiram sobrecarregados, o que pode ser uma barreira para a adesão à terapia antirretroviral. Além disso, o próprio tratamento pode causar diversos efeitos colaterais no sistema nervoso central, incluindo depressão,

nervosismo, euforia, alucinações e psicose. No Brasil, segundo a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS mostra que 5,8% dos brasileiros sofrem de depressão. É a maior taxa da América Latina e a segunda maior das Américas, atrás apenas dos Estados Unidos (PAHO, 2017; UNAIDS, 2018).

Na figura 4 é apresentado os dados de porcentagem com relação a condição da amostra para positivo ou negativo para depressão. Foi verificado que 31,5% estão com uma condição positiva para depressão, que se mostra maior do que a prevalência das pessoas que vivem com HIV, segundo os dados da UNAIDS. A porcentagem da amostra também se mostra maior do que a prevalência do estudo citado pela UNAIDS feito na África e ainda maior que a prevalência na população nacional.

Quanto a essa condição de 31,5% está positiva para depressão, também se mostra superior a taxa de estudos nacionais atuais. Como no estudo feito pela Fundação Oswaldo Cruz (FIOCRUZ) em 2018, que apresentou uma taxa de prevalência de 22,23% (COUTINHO, O'DWYER, FROSSARD, 2018).

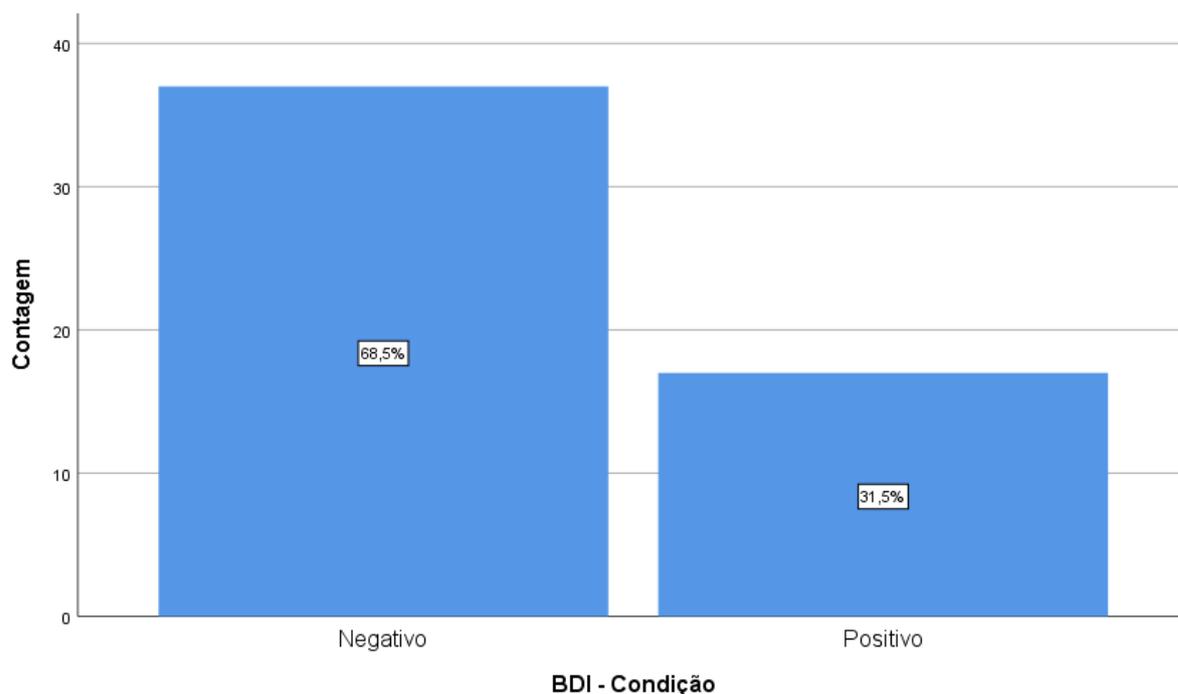


Figura 4 - Gráfico da condição no Inventário de Depressão de Beck

### 12.1.5 Inventário de Ansiedade de Beck

De acordo com a pontuação total obtida no BAI, classificam-se os sintomas de ansiedade

apresentados pelo sujeito com base numa escala, que valor igual e maior que 20 diferenciam indivíduos com ansiedade os com não ansiedade (0-10 pontos: sem sintomas/mínimo e negativo para ansiedade; 11-19 pontos: sintomas leves e negativo para ansiedade; 20-30 pontos: sintomas moderados e positivo para ansiedade; >31 pontos: sintomas graves e positivo para ansiedade) (CUNHA, 2001).

Tabela 5 - Estatística do Inventário de Ansiedade de Beck

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
BAI	0	55	13,57	12,498

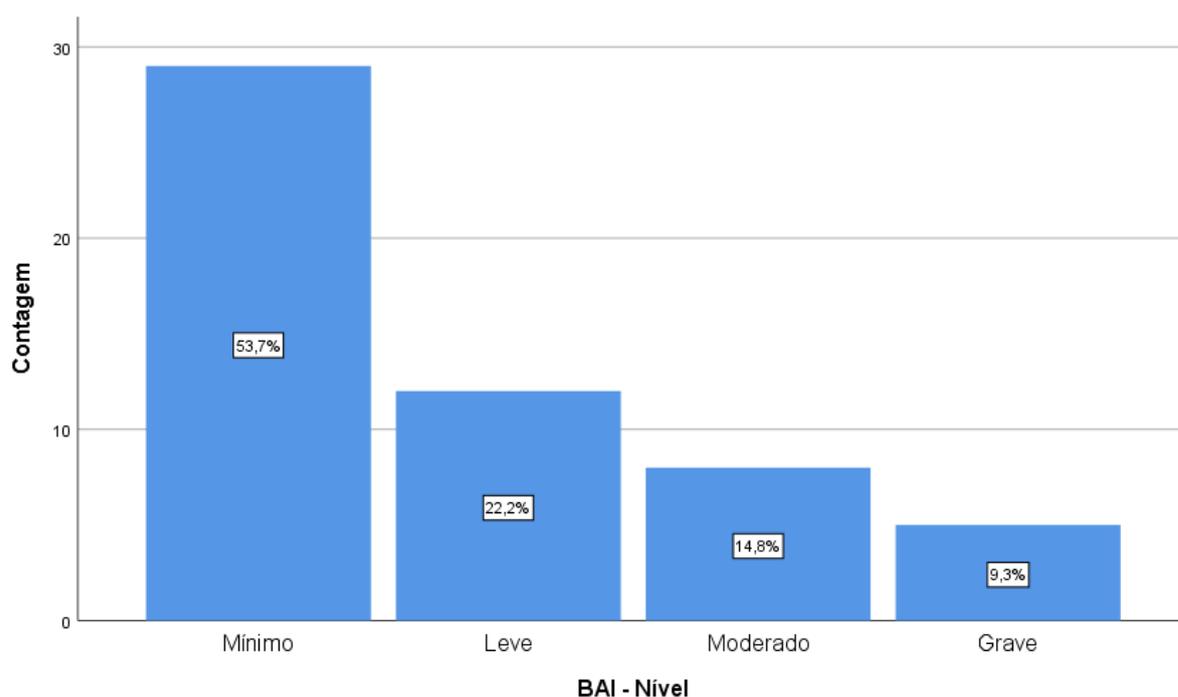


Figura 5 - Gráfico do nível de intensidade de sintomas da ansiedade

Na tabela 5 a amostra apresentou média 13,5 e DP 12,5 o que indica que os participantes tiveram, em algum grau, sintomas de ansiedade, como visualizados no gráfico da imagem 3. O resultado de um estudo feito em 2013, na África do Sul também obteve resultados próximos

aos do presente estudo. A média do estudo feito na África foi de 11,6 DP 11,2 (NELA, KAGEEA, 2013).

Quanto ao resultado da porcentagem, apresentado na figura 5, a intensidade dos sintomas, comparando com o estudo citados no parágrafo anterior segue um padrão quando comparado a amostra do presente estudo; O índice percentual da amostra estudada é maior nos níveis mínimo, leve e menor em moderado e grave. No estudo africano, composto 87 participantes: 42,5% deles estavam com sintomas mínimos; 28,7% com sintomas leves; 20,7% com sintomas moderados e 8% com sintomas severos. No estudo brasileiro de 2017 houve uma pequena diferença na porcentagem de moderado a grave, mas ainda segue uma porcentagem maior nos sintomas mínimos e leves como na amostra do presente estudo. Esse estudo nacional de 2017, composto por 47 participantes obtiveram como resultado: 23,4% com sintomas mínimos; 31,9% com sintomas leves; 27,7% com sintomas moderados e 17% com sintomas graves (BETANCUR et al, 2017).

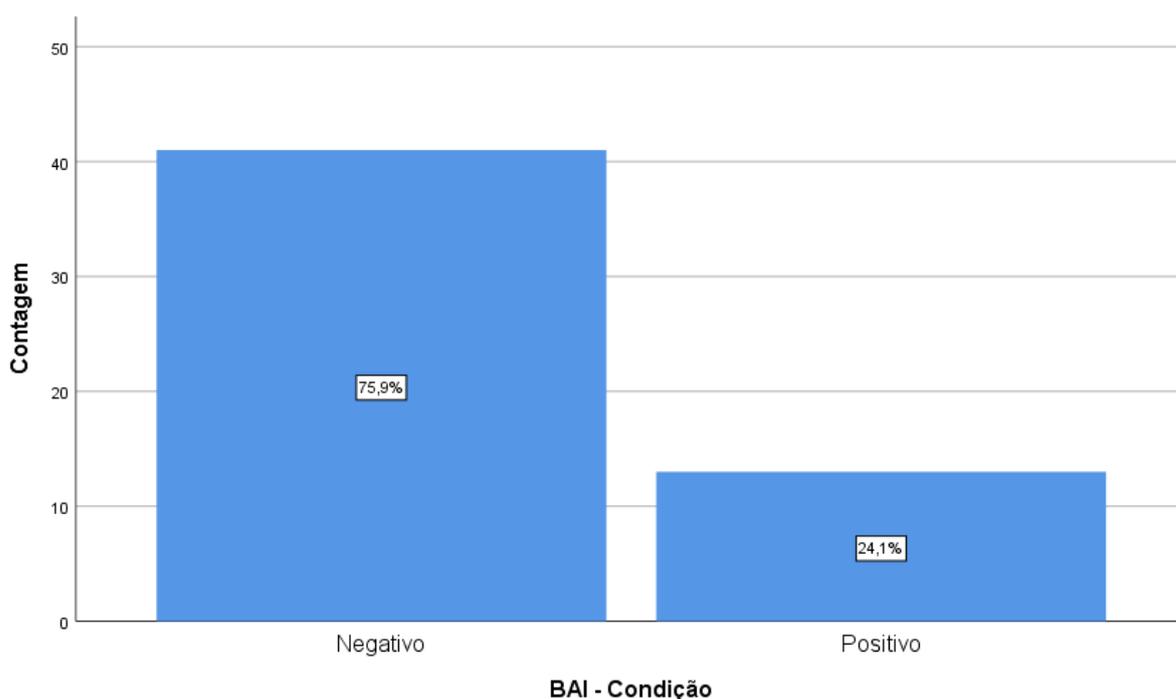


Figura 6 - Gráfico da condição no Inventário de Ansiedade de Beck

De acordo com a Agencia de Notícia da Aids foi realizada uma pesquisa no Estados Unidos, onde os pesquisadores analisaram dados do Medical Monitoring Project. Esta pesquisa analisou cuidadosamente 3654 adultos que são representativos de todas as pessoas

diagnosticadas com HIV nos Estados Unidos. Segundo este estudo a prevalência estimada de ansiedade foi de 19% nas pessoas com HIV e na população geral dos EUA, a prevalência é de 2,7%. No Brasil, segundo a Organização Pan-americana de Saúde – OPAS distúrbios relacionados à ansiedade afetam 9,3% das pessoas que vivem no Brasil. E sobre a prevalência de ansiedade em pessoas com HIV não foi encontrado dados nacionais oficiais.

Na figura 6 é apresentado os dados de porcentagem com relação a condição da amostra para positivo ou negativo para ansiedade. Foi verificado que 24,1% estão com uma condição positiva para ansiedade, que se mostra maior do que a prevalência das pessoas que vivem com HIV nos EUA, segundo a Agencia de Notícia. A porcentagem da amostra também se mostra maior que a prevalência na população nacional que é de 9,3%.

Quando comparado a taxa de prevalência de 24,1% está positiva para ansiedade com outros estudos, ela se mostra menor. No estudo da África do Sul, de 2014 e citado anteriormente, a taxa de prevalência foi de 28,7%. No estudo de 2014 com 561 pessoas foi identificada a prevalência de 34% para ansiedade (AZEVEDO et al, 2014).

Em outro dois de 2017; um feito no Brasil com 47 pessoas apresentou uma taxa de prevalência de 44,7% para ansiedade; e um segundo feito na China com 228 pessoas apresentou uma taxa de 28,5% para ansiedade (BETANCUR et al, 2017; TAO et al, 2017).

### 12.1.6 Inventário de Stress da Lipp

De acordo com o manual do Inventário de Stress da Lipp: Se a somatórias dos sintomas físicos e psicológicos do quadro 1 forem maiores que 6, isto indica que a pessoa tem estresse e está na fase de alerta; No quadro 2, se a somatória dos sintomas físicos e psicológicos for maior que 3, então indica que a pessoa tem estresse e está na fase da resistência a quase exaustão; e se no quadro 3 a soma dos sintomas físicos e psicológicos forem maior que 8, então a pessoa também tem estresse e está na fase de exaustão.

Tabela 6 - Estatística das fases do estresse

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Sintomas Fase de Alerta	0	10	4,72	2,804
Sintomas Fase de Resistência e Quase - Exaustão	0	14	5,78	3,511
Sintomas Fase de Exaustão	1	21	8,00	4,581

--	--	--	--	--

Tabela 7 - Estatística dos tipos de sintomas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão
Sintomas Físicos Totais	0	18	8,59	4,721
Sintomas Psicológicos Totais	2	25	9,91	6,268

Na tabela 6 são observados os resultados em cada fase do estresse, e a partir desses dados alguns indicativos podem ser feitos. Pelas médias em cada fase indica que os participantes do estudo experimentam algum sintoma de estresse do menor para um maior nível. Um segundo indicativo a partir das médias é que, talvez, o número de participantes com estresse seja maior que o sem estresse. Porque na tabela é observado que a média 5,78 DP 3,5 da fase de resistência a quase – exaustão é maior que a nota de corte 3 para essa fase, como explicado no parágrafo anterior. E na média da fase de Exaustão, que apresenta média de 8 DP 4,58 ficar muito próxima da nota de corte, estar acima de 8. Um terceiro indicativo é que devido a média da fase de resistência ter sido a única com média superior a nota de corte, a maioria das pessoas da amostra estarem nesta fase do estresse. Essa última formação pode ser corroborada com a figura 7, mais abaixo.

Segunda a tabela 7 pode ser observado que as pessoas experimentam mais sintomas físicos do que psicológicos. A média dos sintomas físicos é 9,91 DP 6,2.

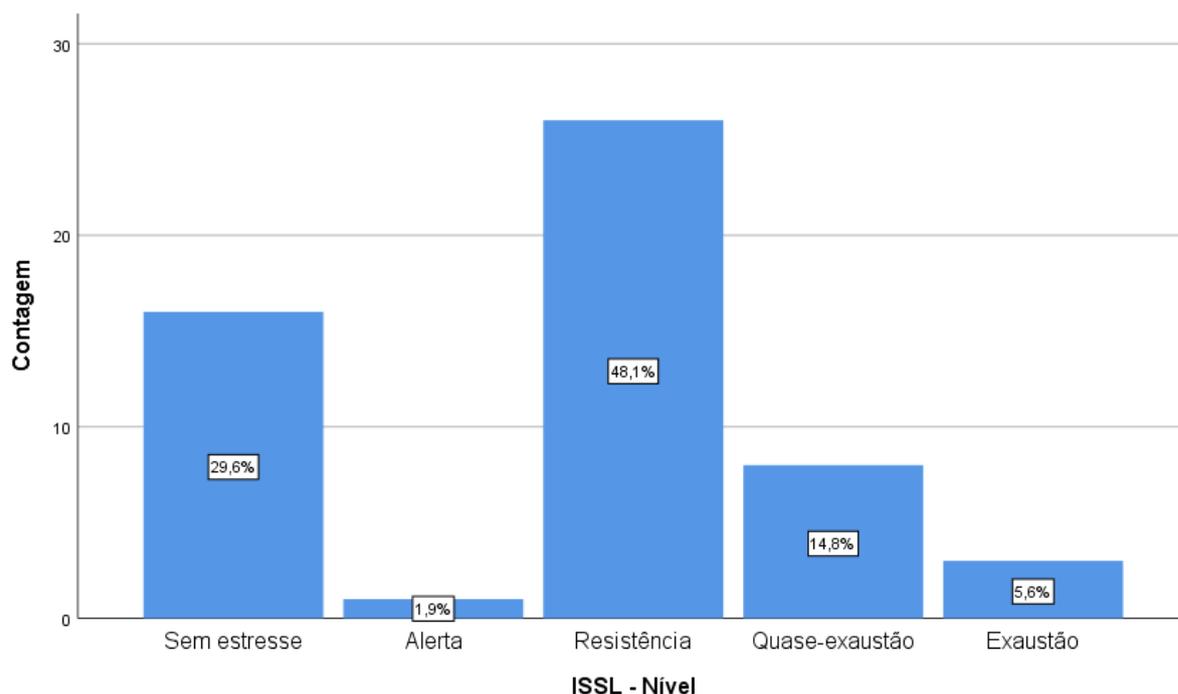


Figura 7 - Gráfico das fases do Inventário de Stress da Lipp

Conforme a figura 8 pode ser observado o que foi teorizado a partir das médias da tabela 6, que o número de pessoas com estresse é maior que a quantidade de pessoas sem estresse. 68,5% da amostra está positiva para o estresse.

Quando esses resultados são comparados a outros estudos nacionais e internacionais, pode ser observado que a amostra do presente estudo apresenta indivíduos com alto nível de estresse e, sendo assim, positivos para estresse. Um estudo citado na fundamentação teórica foi o de um experimento em Nova Iorque, em 2011. Ele observou a relação entre adesão e estresse psicológico, a amostra foi composta por 2089 pessoas, que 20% delas estavam com nível alto de estresse percebido, que se pode considerar positivo para o estresse. Então a amostra desse estudo está mais que o dobro da amostra americana; um dado que chama bastante a atenção (FRENCH, TESORIERO, AGINS, 2011). Seguindo esse mesmo padrão com relação aos resultados apresentados na pesquisa americana; um estudo implementado em Shiraz, província de Fars, sudoeste do Irã em 2013 analisou 220 pessoas com HIV com questionário de estresse pós-traumático e 42 (19,1%) pessoas apresentaram sintomas de estresse pós-traumático (EBRAHIMZADEH, GOODARZI, JOULAEI, 2019).

No cenário nacional, de acordo um levantamento do “International Stress Management Association”, o Brasil é o segundo país do mundo com o maior nível de estresse (EBC, 2019).

Para se discutir esses dados algumas pesquisas nacionais são importantes para a compreensão desses números. Em 2014, pela Dr<sup>a</sup>. Marilda Novaes Lipp realizou uma pesquisa on-line com 2.195 brasileiros e os dados indicaram: 34,2% dos entrevistados indicam que percebem que seu nível de stress está extremo (notas 8-10 na escala de 10 pontos); mais de um terço dos 2.195 brasileiros acham que o nível de stress aumentou ultimamente e 52,28% já tiveram ou tem o diagnóstico e stress (LIPP, 2020).

Mais recentemente, no Rio Grande Do Sul foi desenvolvida uma pesquisa com objetivo avaliar níveis de ansiedade, estresse percebido e suporte social em pessoas com HIV. E foi observado que das 120 pessoas avaliadas, 24% experimentaram sofrimento psicológico (CALVETTI et al, 2016).

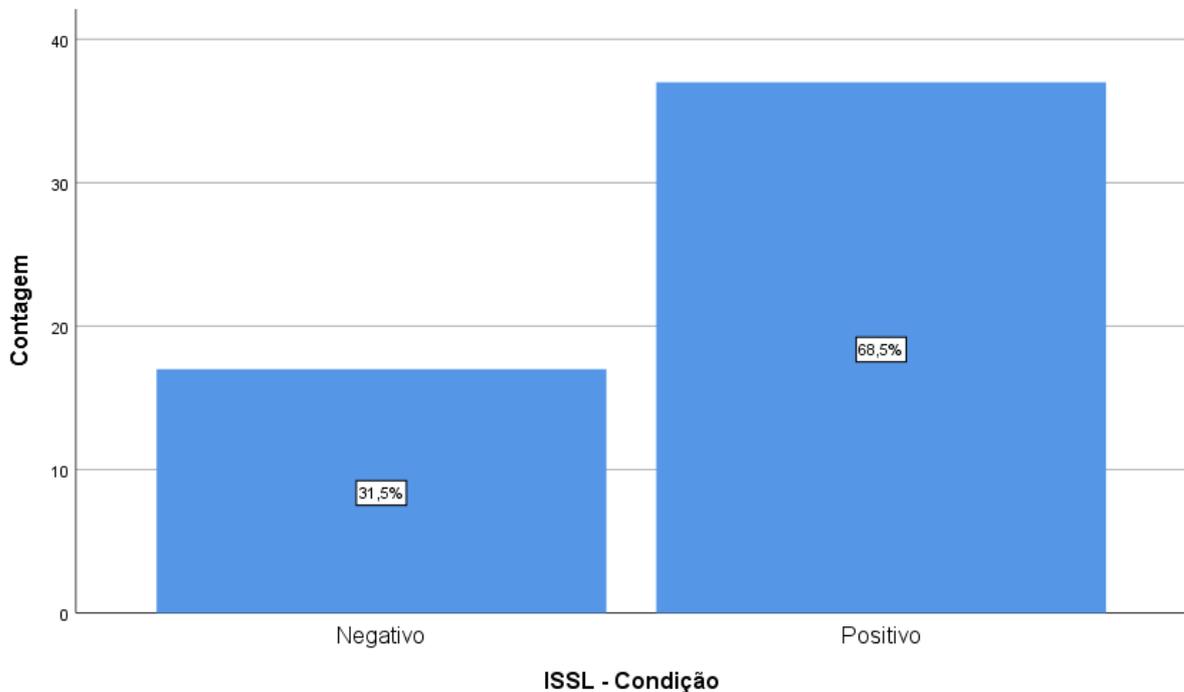


Figura 8 - Gráfico da condição no Inventário de stress da Lipp

### 12.1.7 Teste de Wisconsin de Classificação de Cartas

O WCST foi concebido para ser uma tarefa cognitiva de solução de problemas, onde os critérios de solução são inicialmente desconhecidos e mutantes, exigindo do respondente uma compreensão dos princípios lógicos do problema. O seu objetivo é verificar o desempenho do indivíduo em tarefas que demandam as funções executivas, a partir da tarefa de completar seis categorias classificatórias do teste (“cor, forma e quantidade”; depois mais uma vez em “cor, forma e quantidade”). O conceito de funções executivas é considerado um “guarda-chuva”

conceitual que define um conjunto de atividades cognitivas de nível superior, que orientam alguns comportamentos. Como: Planejamento; Formação de Conceito; Memória de Trabalho; Flexibilidade; Monitoramento e Controle inibitório (SILVA-FILHO, PASIAN E BARBOZA, 2013).

Apesar das várias hipóteses com relação as definições do conceito de funções executivas, alguns autores trabalham com a hipótese de unicidade, a qual considera a existência de três grandes domínios básicos das funções executivas. São elas: a memória de trabalho, a inibição ou controle inibitório e a flexibilidade cognitiva. E o WCST é considerado um dos melhores instrumentos para essa mensuração, devido a ser o mais utilizado em pesquisas, para avaliação desses domínios (SANTANA, MELO, MINERVINO, 2019).

Tabela 8 - Estatística do Teste de Wisconsin de Classificação de Cartas

	Mínimo	Máximo	Média	Desvio padrão	Percentil	Classificação
Ensaios Administrados	70	129	122,7	12,8		
Número Total de Corretas	25	81	58,7	13,7		
Número Total de Erros	8	103	65,5	21,3	<b>28</b>	<b>Abaixo da média</b>
Percentual de Erros	11,4	80,5	55,5	15,3	<b>25</b>	<b>Abaixo da média</b>
Respostas Perseverativas	4	126	48,3	25,2	31	Na média
Percentual de Respostas Perseverativas	5,7	98,4	41,9	19,1	<b>25</b>	<b>Abaixo da média</b>
Erros Perseverativos	4	36	35,3	3,0	38	Na média
Percentual de Erros Perseverativos	5,7	73,4	38,4	14,4	<b>18</b>	<b>Abaixo da média</b>
Erros Não Perseverativos	2,0	80,0	27,6	20,2	34	Na média

Percentual de Erros Não Perseverativos	1,6	62,5	22,2	15,6	36	Na média
Nível de Resposta Conceitual	3,0	72,0	36,1	19,2		
Percentual de Nível de Resposta Conceitual	2,3	87,1	31,9	20,3	27	<b>Abaixo da média</b>
Categorias Completadas	0	10	2,0	2,1	16	Na média
Ensaio Realizado para Completar a Primeira Categoria	0	101	19,5	29,6	16	Na média
Fracasso em Manter o Contexto	-20,1	4,0	1,2	2,0	16	Na média
Aprendendo a Aprender	-36,10	8,90	-13,1	10,3	16	Na média

As análises do WCST podem ser compreendidas a partir de duas abordagens, a quantitativa e a qualitativa. Devido ao desenho metodológico desta pesquisa, a abordagem quantitativa é mais indicada para observar o quanto a amostra se afasta ou não das referências normativas do teste, contribuindo para verificar possível prejuízo (SILVA-FILHO, PASIAN E BARBOZA, 2013).

Na tabela 8 pode-se observar um desempenho relativamente saudável da amostra, no funcionamento das funções executivas, classificados na média para sua característica (idade e escolaridade). No entanto, há indícios de leve comprometimento na memória de trabalho, no controle do impulso e na formação de conceito. Mas apesar do desempenho saudável da amostra, um ponto importante a se destacar é o resultado abaixo do esperado para as funções, memória de trabalho e o controle do impulso, dois dos três domínios básicos para um funcionamento adequado (CUNHA et al, 2005).

De acordo com as pesquisas mais recentes, há um prejuízo esperado nas funções, memória de trabalho e controle do impulso. Uma pesquisa realizada na China para avaliar o impacto cognitivo e possíveis doenças degenerativas associado ao HIV demonstrou um leve

prejuízo na memória de trabalho e controle do impulso. Esse resultado anterior também foi corroborado com uma pesquisa feita na África (ZHAO et al, 2014).

Segundo Kanmogne et al (2018) há um indicativo de um comprometimento das funções executivas em pessoas com HIV, quando comparadas a pessoas que não vivem com HIV. Isso foi demonstrado a partir do teste de Wisconsin e do teste de trilhas coloridas.

## 12.2 Análise de Correlação

Foram realizadas análises de Correlação de Pearson, para que suas relações sejam compreendidas. Nas tabelas serão apresentadas as correlações entre a variável dependente, a adesão ao tratamento antirretroviral e as variáveis independentes; Perfil Sociodemográfico, Personalidade, Tomada de Decisão, Depressão, Ansiedade, Estresse e Funções Executivas.

Para uma melhor compreensão das correlações é preciso que seja explicado alguns aspectos do instrumento que avalia adesão ao TARV. O CEAT/HIV analisa adesão a partir de 5 grandes fatores (Cumprimento; Antecedentes da falta de adesão; Comunicação médico e paciente; Crenças e expectativas sobre o tratamento e Satisfação com o tratamento) que estão relacionados com o último fator, o índice de adesão global.

### 12.2.1 Perfil Sociodemográfico

Tabela 9 - Correlação entre Sociodemográfico e Adesão ao TARV

		Idade	Escolaridade em anos	Classe Social - Numérica
Cumprimento	Correlação	<b>,292*</b>	-,013	-,040
	Sig.	<b>,032</b>	,928	,776
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	-,003	,148	,001
	Sig.	,986	,287	,992
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	<b>,289*</b>	,111	-,267
	Sig.	<b>,034</b>	,426	,051
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,062	<b>,302*</b>	,223
	Sig.	,656	<b>,026</b>	,106
Satisfação com o Tratamento	Correlação	,119	,235	,024
	Sig.	,392	,087	,861

Índice de Adesão Global	Correlação	,187	,256	-,034
	Sig.	,175	,062	,810

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na tabela 9 são apresentadas as correlações entre o perfil sociodemográfico com adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação positiva razoável do cumprimento e da comunicação médico e paciente com idade. O que sugere que pessoas com HIV com idade mais avançadas tem um melhor regime de cumprimento e uma comunicação médico e paciente, que são fatores importantes para a adesão ao medicamento.

Há, também, uma correlação positiva razoável das crenças e expectativa sobre o tratamento com a escolaridade. O que indica que pessoas com HIV com maior escolaridade têm melhores crenças e expectativas em relação ao tratamento.

Não foi encontrado correlações dos demais fatores com perfil sociodemográfico.

### 12.2.2 Personalidade

Antes das análises das correlações de personalidade e adesão, faz-se necessário destacar o que foi ressaltado no capítulo de estatísticas descritivas sobre a personalidade. A partir da teoria que fundamenta o instrumento utilizado, a personalidade é composta por cinco grandes fatores (Neuroticismo; Extroversão; Socialização; Realização e Abertura). Estes grandes fatores são compostos por subfatores, que são elementos que também são importantes para compreensão da personalidade. A seguir serão apresentadas as correlações desses fatores e subfatores com adesão ao TARV.

Tabela 10 - Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV

		Vulnerabilidade	Instabilidade Emocional	Passividade	Depressão	Neuroticismo
Cumprimento	Correlação	,114	-,127	-,101	,085	-,013
	Sig.	,412	,361	,469	,543	,928
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	,039	-,057	-,049	-,106	-,042
	Sig.	,782	,683	,728	,445	,762

Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,099	-,181	-,231	<b>-,291*</b>	-,247
	Sig.	,475	,191	,093	<b>,033</b>	,072
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	,101	,094	-,027	,112	,096
	Sig.	,469	,500	,849	,419	,489
Satisfação com o Tratamento	Correlação	-,036	-,233	<b>-,322*</b>	-,166	-,243
	Sig.	,795	,090	<b>,018</b>	,230	,076
Índice de Adesão Global	Correlação	,019	-,166	-,236	-,139	-,157
	Sig.	,890	,229	,085	,315	,256

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na tabela 10 são apresentadas as correlações entre o fator neuroticismo com adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa razoável da comunicação médico e paciente com o subfator depressão. O que sugere que pessoas com HIV que estão propensas a vivenciar mais intensamente sofrimento mental, com uma maior tendência a uma expectativa negativa sobre o futuro e incapazes de lidar com as dificuldades do cotidiano têm uma menor comunicação médico e paciente, prejudicando o diálogo e contribuindo para diminuição da adesão.

Há, também, uma correlação negativa razoável da satisfação com o tratamento e o subfator passividade. O que indica que as pessoas com HIV que apresenta um maior comportamento procrastinador, uma maior dificuldade de manter a motivação têm uma menor satisfação com o tratamento, contribuindo para a diminuição da adesão.

Não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com os subfatores e fator geral da personalidade.

Tabela 11 - Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV

		Comunicação	Altivez	Dinamismo	Interações Sociais	Extroversão
Cumprimento	Correlação	-,231	-,181	-,040	,085	-,123
	Sig.	,092	,190	,776	,541	,375
	Correlação	-,168	-,073	,027	,115	-,038

Antecedentes da Falta de Adesão	Sig.	,224	,600	,844	,407	,787
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	,205	,155	<b>,361**</b>	,062	,246
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Sig.	,136	,263	<b>,007</b>	,654	,073
Satisfação com o Tratamento	Correlação	-,129	-,049	-,008	,203	,003
Índice de Adesão Global	Sig.	,353	,723	,954	,142	,981
	Correlação	,265	-,103	<b>,369**</b>	,255	,236
	Sig.	,053	,458	<b>,006</b>	,063	,085
	Correlação	-,019	-,057	,235	,228	,114
	Sig.	,889	,684	,088	,097	,411

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 11 são apresentadas as correlações entre o fator extroversão com adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação positiva razoável da comunicação médico e paciente e da satisfação com o tratamento com o subfator dinamismo. O que sugere que pessoas com HIV com maior iniciativa em situações variadas, mais dinâmicas têm uma melhor comunicação médico e paciente e maior satisfação com o tratamento, contribuindo para melhor adesão.

Não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com os subfatores e fator geral da personalidade.

Tabela 12 - Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV

		Amabilidade	Pró-sociabilidade	Confiança nas Pessoas	Socialização
Cumprimento	Correlação	,184	,172	,079	,233
	Sig.	,184	,213	,569	,090
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	,233	<b>,303*</b>	,152	<b>,378**</b>
	Sig.	,089	<b>,026</b>	,273	<b>,005</b>

Comunicação	Correlação	,114	,207	-,040	,131
Médico/Paciente	Sig.	,413	,133	,776	,344
Crenças e Expectativas	Correlação	,190	,073	,011	,148
Sobre o Tratamento	Sig.	,168	,598	,937	,286
Satisfação com o Tratamento	Correlação	,075	<b>,379**</b>	,157	<b>,342*</b>
	Sig.	,591	<b>,005</b>	,258	<b>,011</b>
Índice de Adesão Global	Correlação	,242	<b>,366**</b>	,107	<b>,385**</b>
	Sig.	,077	<b>,006</b>	,439	<b>,004</b>

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 12 são apresentadas as correlações entre o fator socialização com adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação positiva razoável de antecedentes da falta de adesão com o subfator pró-sociabilidade e o fator socialização. O que sugere que pessoas com HIV que tendem a evitar situações de risco, bem como transgressões de leis ou regras sociais têm melhores antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para maior adesão ao tratamento. E com relação a socialização; pessoas que tendem a confiar nos demais, acreditando no seu lado positivo e com alto nível de altruísmo têm melhores antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para maior adesão ao tratamento.

Há, também, uma correlação positiva razoável da satisfação com o tratamento e o subfator pró-sociabilidade e o fator socialização. O que indica que pessoas com HIV que buscam evitar situações de risco, bem como transgressões de leis ou regras sociais têm maior satisfação com o tratamento, contribuindo para melhor adesão. E com relação a socialização; pessoas que tendem a confiar nos demais, acreditando no seu lado positivo e com alto nível de altruísmo têm maior satisfação com o tratamento, contribuindo para melhor adesão.

E, por fim, uma correlação positiva razoável do índice de adesão global e o subfator pró-sociabilidade e o fator socialização. O que demonstra que pessoas com HIV que tendem a evitar situações de risco, bem como transgressões de leis ou regras sociais têm maior grau de adesão ao tratamento. E com relação a socialização; pessoas que tendem a confiar nos demais,

acreditando no seu lado positivo e com alto nível de altruísmo têm maior grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com os subfatores e fator geral da personalidade.

Tabela 13 - Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV

		Competência	Ponderação e Prudência	Empenho e Comprometimento	Realização
Cumprimento	Correlação	-,035	-,032	-,220	-,121
	Sig.	,800	,817	,110	,383
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	-,167	-,051	-,098	-,154
	Sig.	,229	,712	,479	,267
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	<b>,423**</b>	,067	,126	<b>,292*</b>
	Sig.	<b>,001</b>	,633	,364	<b>,032</b>
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,056	-,158	-,083	-,159
	Sig.	,688	,253	,551	,250
Satisfação com o Tratamento	Correlação	<b>,337*</b>	-,016	,114	,197
	Sig.	<b>,013</b>	,910	,413	,154
Índice de Adesão Global	Correlação	,158	-,046	-,054	,024
	Sig.	,252	,744	,696	,865

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na tabela 13 são apresentadas as correlações entre o fator realização com adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação positiva boa da comunicação médico e paciente e o subfator competência. O que sugere que pessoas com HIV que acreditam no seu potencial, gostam de atividades desafiantes e possuem clareza sobre seus objetivos de vida têm melhor comunicação entre médico e paciente e contribui para maior adesão. Ainda com relação ao fator de comunicação médico e paciente, os resultados demonstraram uma correlação positiva

razoável com o fator realização. Isso significa que pessoas com HIV que tendem a buscar seus objetivos, serem ambiciosas, dedicadas e esforçadas ao trabalho têm melhor comunicação médico e paciente, que contribui para uma maior adesão.

Há, também, uma correlação positiva razoável da satisfação com o tratamento e o subfator competência. O que indica que pessoas com HIV que acreditam no seu potencial, gostam de atividades desafiantes e possuem clareza sobre seus objetivos de vida têm maior satisfação com o tratamento, contribuindo para maior adesão.

Não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com os subfatores e fator geral da personalidade.

Tabela 14 - Correlação entre Personalidade e Adesão ao TARV

		Abertura a Ideias	Liberalismo	Busca por Novidades	Abertura
Cumprimento	Correlação	-,130	,122	-,182	-,101
	Sig.	,348	,381	,187	,466
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	,111	,231	-,006	,135
	Sig.	,424	,093	,967	,332
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,138	,170	,021	,007
	Sig.	,319	,218	,880	,961
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	,039	,259	,070	,160
	Sig.	,782	,059	,616	,247
Satisfação com o Tratamento	Correlação	,010	,081	,017	,041
	Sig.	,942	,562	,904	,769
Índice de Adesão Global	Correlação	-,037	<b>,300*</b>	-,025	,086
	Sig.	,788	<b>,027</b>	,860	,536

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na tabela 14 são apresentadas as correlações entre o fator abertura com adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação positiva razoável do índice de adesão global e o subfator liberalismo. O que sugere que pessoas com HIV mais flexíveis com os aspectos

tidos como “verdades”, que tendem a mudar ao longo do tempo, do mesmo modo que as regras e costumes sociais têm maior grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com os subfatores e fator geral da personalidade.

### 12.2.3 Tomada de decisão

Tomada de decisão está atrelada a escolha de uma opção dentre várias possíveis. A tomada de decisão pode ser compreendida pela sua importância e pelas suas consequências. A seguir será observado a correlação entre a tomada de decisão avaliado pelo instrumento IGT e os fatores para adesão ao tratamento antirretroviral.

Tabela 15 - Correlação entre Tomada de decisão e Adesão ao TARV

		Pilha A	Pilha B	Pilha C	Pilha D
Cumprimento	Correlação	-,047	-,001	-,052	,097
	Sig.	,737	,993	,707	,484
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	-,128	,057	-,124	,165
	Sig.	,358	,684	,370	,232
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,056	,108	-,119	,059
	Sig.	,689	,437	,390	,672
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,214	-,043	-,072	<b>,313*</b>
	Sig.	,119	,760	,603	<b>,021</b>
Satisfação com o Tratamento	Correlação	,015	,008	-,224	,173
	Sig.	,913	,956	,103	,211
Índice de Adesão Global	Correlação	-,156	,052	-,181	,258
	Sig.	,260	,707	,191	,060

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na tabela 15 são apresentadas as correlações entre cada pilha de carta com adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação positiva razoável da pilha D com crenças e expectativas sobre o tratamento. O que sugere que pessoas com HIV com indicativo de boa

tomada de decisão têm melhores crenças e expectativas em relação ao tratamento, contribuindo para uma maior adesão.

Não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com as demais pilhas.

Tabela 16 - Correlação entre Tomada de decisão e Adesão ao TARV

		Bloco 01	Bloco 02	Bloco 03	Bloco 04	Bloco 05
Cumprimento	Correlação	-,113	,004	-,154	,093	,177
	Sig.	,418	,979	,267	,502	,199
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	-,255	,095	,075	,047	,128
	Sig.	,063	,495	,592	,736	,355
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,150	-,060	-,056	,227	-,112
	Sig.	,278	,667	,689	,099	,420
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	,077	,080	,108	,069	,177
	Sig.	,579	,563	,437	,619	,200
Satisfação com o Tratamento	Correlação	,027	,161	,119	-,116	-,167
	Sig.	,844	,246	,391	,403	,229
Índice de Adesão Global	Correlação	-,137	,070	,025	,127	,075
	Sig.	,322	,614	,856	,360	,588

Na tabela 16 não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com cada bloco, referente a tomada de decisão no teste.

Tabela 17 - Correlação entre Tomada de decisão e Adesão ao TARV

		Tendência Geral
Cumprimento	Correlação	,035
	Sig.	,802
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	,040
	Sig.	,777
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,046

	Sig.	,744
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	,186
	Sig.	,178
Satisfação com o Tratamento	Correlação	-,025
	Sig.	,858
Índice de Adesão Global	Correlação	,066
	Sig.	,637

Na tabela 17 não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com a desempenho geral no teste de tomada de decisão.

#### 12.2.4 Depressão

Tabela 18 - Correlação entre Depressão e Adesão ao TARV

		BDI
Cumprimento	Correlação	-,003
	Sig.	,984
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	-,216
	Sig.	,117
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,215
	Sig.	,118
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,116
	Sig.	,402
Satisfação com o Tratamento	Correlação	-,234
	Sig.	,089
Índice de Adesão Global	Correlação	<b>-,275*</b>
	Sig.	<b>,044</b>

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na tabela 18 são apresentadas as correlações entre depressão e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa fraca a razoável de depressão e o índice de

adesão global. O que sugere que quanto maior a intensidade dos sintomas depressivos em pessoas com HIV, menor é o grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlações dos demais fatores de adesão com depressão.

### 12.2.5 Ansiedade

Tabela 19 - Correlação entre Ansiedade e Adesão ao TARV

		BAI
Cumprimento	Correlação	<b>-,273*</b>
	Sig.	<b>,046</b>
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	<b>-,361**</b>
	Sig.	<b>,007</b>
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,220
	Sig.	,110
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	<b>-,371**</b>
	Sig.	<b>,006</b>
Satisfação com o Tratamento	Correlação	<b>-,401**</b>
	Sig.	<b>,003</b>
Índice de Adesão Global	Correlação	<b>-,540**</b>
	Sig.	<b>,000</b>

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 19 são apresentadas as correlações entre ansiedade e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa razoável da ansiedade com o cumprimento e os antecedentes da falta de adesão. O que sugere que quanto maior a intensidade dos sintomas de ansiedade em pessoas com HIV, menor é o regime de cumprimento da medicação e piores são os antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para uma menor adesão.

Há, também, uma correlação negativa razoável da ansiedade com crenças e expectativas sobre o tratamento e a satisfação com o tratamento. O que indica que quanto maior a intensidade dos sintomas de ansiedade em pessoas com HIV, piores são as crenças e expectativas que

afetam o comportamento de adesão e menor é a satisfação com os resultados do tratamento, contribuindo para uma menor adesão.

E, por fim, uma correlação negativa boa da ansiedade e o índice de adesão global. O que demonstra que quanto maior a intensidade dos sintomas de ansiedade em pessoas com HIV, menor é o grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre comunicação médico/paciente e ansiedade.

### 12.2.6 Estresse

O estresse é uma resposta adaptativa física, psicológica e emocional para lidar com as diversas mudanças, sejam elas mentais ou sociais. Quando o sujeito não consegue utilizar estratégias eficazes para lidar com o estresse, pode ocorrer situações de estresse profundo com consequências graves, como a diminuição das células que compõe o sistema imunológico e um sofrimento mental crônico (LIPP et al, 2020).

Conforme descrito na fundamentação teórica sobre estresse e adesão ao tratamento, é percebido que o estresse pode contribuir para um menor grau de adesão. E de acordo com as tabelas abaixo, os dados apontam para uma relação inversamente associada da variação geral de estresse com adesão. Essa associação não se dá apenas na presença do estresse, mas na sua intensidade, uma vez que a correlação inversa ocorre também quando correlacionada com as fases do estresse.

Tabela 20 - Correlação entre Estresse e Adesão ao TARV

		Sintomas Totais Fase de Alerta
Cumprimento	Correlação	-,227
	Sig.	,099
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	-,240
	Sig.	,080
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,163
	Sig.	,239
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,099
	Sig.	,476
Satisfação com o Tratamento	Correlação	<b>-,353**</b>

	Sig.	<b>,009</b>
Índice de Adesão Global	Correlação	<b>-,355**</b>
	Sig.	<b>,008</b>

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 20 são apresentadas as correlações entre a primeira fase do estresse e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa razoável do estresse com a satisfação com o tratamento. O que sugere que quanto maior é o indicador de estresse nessa fase em pessoas com HIV, menor é a satisfação com o tratamento, contribuindo para uma menor adesão.

Há, também, uma correlação negativa razoável do estresse com o índice de adesão global. O que indica que quanto maior é o indicador de estresse nessa fase em pessoas com HIV, menor é o grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre os demais fatores de adesão com estresse.

Tabela 21 - Correlação entre Estresse e Adesão ao TARV

		Sintomas Totais Fase de Resistência e Quase - Exaustão
Cumprimento	Correlação	-,262
	Sig.	,056
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	<b>-,341*</b>
	Sig.	<b>,012</b>
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,215
	Sig.	,119
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,235
	Sig.	,087
Satisfação com o Tratamento	Correlação	<b>-,461**</b>
	Sig.	<b>,000</b>
Índice de Adesão Global	Correlação	<b>-,486**</b>
	Sig.	<b>,000</b>

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 21 são apresentadas as correlações entre a segunda fase do estresse e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa razoável do estresse com antecedentes da falta de adesão. O que sugere que quanto maior é o indicador de estresse nessa fase em pessoas com HIV, piores são antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para uma menor adesão ao tratamento.

Há, também, uma correlação negativa boa do estresse com a satisfação com o tratamento. O que indica que quanto maior é o indicador de estresse nessa fase em pessoas com HIV, menor é a satisfação com o tratamento, contribuindo para uma menor adesão.

E, por fim, uma correlação negativa boa do estresse e o índice de adesão global. O que demonstra que quanto maior é o indicador de estresse nessa fase em pessoas com HIV, menor é o grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre os demais fatores de adesão com estresse.

Tabela 22 - Correlação entre Estresse e Adesão ao TARV

		Sintomas Totais Fase de Exaustão
Cumprimento	Correlação	-,250
	Sig.	,069
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	<b>-,382**</b>
	Sig.	<b>,004</b>
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,258
	Sig.	,059
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,137
	Sig.	,324
Satisfação com o Tratamento	Correlação	<b>-,425**</b>
	Sig.	<b>,001</b>
Índice de Adesão Global	Correlação	<b>-,476**</b>
	Sig.	<b>,000</b>

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 22 são apresentadas as correlações entre a terceira fase do estresse e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa razoável do estresse com antecedentes da falta de adesão. O que sugere que quanto maior é o indicador de estresse nessa fase em pessoas com HIV, piores são antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para uma menor adesão ao tratamento.

Há, também, uma correlação negativa boa do estresse com a satisfação com o tratamento. O que indica que quanto maior é o indicador de estresse nessa fase em pessoas com HIV, menor é a satisfação com o tratamento, contribuindo para uma menor adesão.

E, por fim, uma correlação negativa boa do estresse e o índice de adesão global. O que demonstra que quanto maior é o indicador de estresse nessa fase em pessoas com HIV, menor é o grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre os demais fatores de adesão com estresse.

Tabela 23 - Correlação entre Estresse e Adesão ao TARV

		Sintomas Totais
Cumprimento	Correlação	<b>-,270*</b>
	Sig.	<b>,048</b>
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	<b>-,363**</b>
	Sig.	<b>,007</b>
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,240
	Sig.	,081
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,173
	Sig.	,210
Satisfação com o Tratamento	Correlação	<b>-,456**</b>
	Sig.	<b>,001</b>
Índice de Adesão Global	Correlação	<b>-,489**</b>
	Sig.	<b>,000</b>

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 23 são apresentadas as correlações entre a presença de estresse, através dos sintomas totais e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa fraca da condição de estresse com cumprimento. O que sugere que quanto maior é o indicador de estresse em pessoas com HIV, menor é o regime de cumprimento da medicação, o que contribui para uma menor adesão.

Há, também, uma correlação negativa razoável da condição de estresse com antecedentes da falta de adesão. O que indica que quanto maior é o indicador de estresse em pessoas com HIV, piores são antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para uma menor adesão ao tratamento.

E, por fim, uma correlação negativa boa da condição de estresse com a satisfação com o tratamento e o índice de adesão global. O que demonstra que quanto maior é o indicador de estresse em pessoas com HIV, menor é a satisfação com o tratamento e o grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre os demais fatores de adesão com estresse.

### 12.2.7 Função executiva

As funções executivas podem ser conceituadas como um conjunto complexo de habilidades cognitivas direcionados para uma finalidade. Essas habilidades são atenção seletiva, controle inibitório, planejamento, organização, flexibilidade cognitiva e memória de trabalho ou memória operacional. Na tabela abaixo será apresentado a relação delas com o comportamento em saúde, mais especificamente, o de adesão ao tratamento antirretroviral (SANTANA, MELO, MINERVINO, 2019).

Tabela 24 - Correlação entre Função executiva e Adesão ao TARV

		Ensaio Administrados	Número Total de Corretas	Número Total de Erros	Percentual de Erros
Cumprimento	Correlação	-,258	,031	-,188	-,133
	Sig.	,059	,824	,174	,338
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	<b>-,319*</b>	,151	<b>-,301*</b>	-,234
	Sig.	<b>,019</b>	,276	<b>,027</b>	,089

Comunicação	Correlação	-,178	-,006	-,116	-,093
Médico/Paciente	Sig.	,197	,968	,404	,504
Crenças e	Correlação	<b>-,308*</b>	,122	<b>-,275*</b>	-,234
Expectativas Sobre	Sig.	<b>,024</b>	,381	<b>,044</b>	,089
o Tratamento					
Satisfação com o	Correlação	-,176	-,020	-,105	-,093
Tratamento	Sig.	,202	,883	,448	,503
Índice de Adesão	Correlação	<b>-,411**</b>	,095	<b>-,329*</b>	-,261
Global	Sig.	<b>,002</b>	,493	<b>,015</b>	,057

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 24 são apresentadas as correlações entre funções executivas e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa razoável de ensaios administrados e número total de erros com antecedentes da falta de adesão. O que sugere que quanto maior é a dificuldade de reter uma quantidade de informação para guiar um comportamento em pessoas com HIV, piores são os antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para uma menor adesão ao tratamento.

Há, também, uma correlação negativa razoável de ensaios administrados e número total de erros com crenças e expectativas sobre o tratamento. O que indica que quanto maior é a dificuldade de reter uma quantidade de informação para guiar um comportamento em pessoas com HIV, piores são as crenças e expectativas que afetam o comportamento, contribuindo para uma menor adesão.

E, por fim, uma correlação negativa razoável a boa de ensaios administrados e número total de erros com índice de adesão global. O que demonstra que quanto maior é a dificuldade de reter uma quantidade de informação para guiar um comportamento em pessoas com HIV, menor é o grau de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre os demais fatores de adesão e os indicadores interpretativos.

Tabela 25 - Correlação entre Função executiva e Adesão ao TARV

		Respostas Perseverativas	Percentual de Respostas Perseverativas	Erros Perseverativos	Percentual de Erros Perseverativos
Cumprimento	Correlação	-,079	-,088	,010	-,136
	Sig.	,570	,529	,945	,328
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	-,220	-,238	-,047	<b>-,287*</b>
	Sig.	,110	,083	,735	<b>,035</b>
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,064	-,050	,017	-,067
	Sig.	,648	,717	,906	,629
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,208	-,216	-,217	-,263
	Sig.	,131	,116	,115	,055
Satisfação com o Tratamento	Correlação	-,236	-,227	,085	-,216
	Sig.	,085	,099	,543	,116
Índice de Adesão Global	Correlação	-,255	-,259	-,068	<b>-,313*</b>
	Sig.	,063	,058	,623	<b>,021</b>

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na tabela 25 são apresentadas as correlações entre funções executivas e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação negativa razoável de percentual de erros perseverativos com antecedentes da falta de adesão e índice de adesão global. O que sugere que quanto maior é a dificuldade de interromper uma determinada conduta na atualidade, mesmo que em ocasiões passadas esta ação tenha sido bem sucedida e esteja automatizada em pessoas com HIV, piores são os antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para a não adesão e menor o índice de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre os demais fatores de adesão e os indicadores interpretativos.

Tabela 26 - Correlação entre Função executiva e Adesão ao TARV

		Erros Não Perseverativos	Percentual de Erros Não Perseverativos	Nível de Resposta Conceitual	Percentual de Nível de Resposta Conceitual
Cumprimento	Correlação	-,127	-,245	,076	<b>,277*</b>
	Sig.	,359	,074	,583	<b>,043</b>
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	-,144	<b>-,311*</b>	,204	<b>,413**</b>
	Sig.	,300	<b>,022</b>	,139	<b>,002</b>
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	-,080	-,085	-,018	,095
	Sig.	,567	,541	,895	,494
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	-,126	-,220	,215	<b>,359**</b>
	Sig.	,365	,111	,118	<b>,008</b>
Satisfação com o Tratamento	Correlação	,074	,109	-,042	,070
	Sig.	,593	,433	,762	,614
Índice de Adesão Global	Correlação	-,144	-,267	,149	<b>,407**</b>
	Sig.	,299	,051	,284	<b>,002</b>

\*. A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

\*\*.. A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

Na tabela 26 são apresentadas as correlações entre funções executivas e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação positiva fraca do percentual de nível de resposta conceitual com cumprimento. O que sugere que quanto maior é a capacidade de reconhecer, nos estímulos, suas características e seus padrões, relações entre eles em pessoas com HIV, maior é o regime de cumprimento da medicação, o que contribui para uma maior adesão.

Há, também, uma correlação negativa razoável do percentual de erros não perseverativos com antecedentes da falta de adesão. O que indica que quanto maior é a

dificuldade de elaboração e execução de um plano organizado em pessoas com HIV, piores são os antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para menor adesão.

E, por fim, uma correlação positiva razoável a boa do percentual de nível de resposta conceitual com antecedentes da falta de adesão, crenças e expectativas sobre o tratamento e o índice de adesão global. O que demonstra que quanto maior é a capacidade de reconhecer, nos estímulos, suas características e seus padrões, relações entre eles em pessoas com HIV, melhores são os antecedentes pessoais ou situacionais e as crenças e expectativas que afetam o comportamento e maior é o índice de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre os demais fatores de adesão e os indicadores interpretativos.

Tabela 27 - Correlação entre Função executiva e Adesão ao TARV

		Categorias Completadas	Ensaio Realizados para Completar a Primeira Categoria	Fracasso em Manter o Contexto	Aprendendo a Aprender
Cumprimento	Correlação	-,034	-,031	<b>,395**</b>	,147
	Sig.	,809	,824	<b>,003</b>	,408
Antecedentes da Falta de Adesão	Correlação	,060	,174	<b>,529**</b>	,088
	Sig.	,667	,208	<b>,000</b>	,622
Comunicação Médico/Paciente	Correlação	,000	-,033	,072	,311
	Sig.	,999	,814	,606	,073
Crenças e Expectativas Sobre o Tratamento	Correlação	,174	,006	,233	,255
	Sig.	,208	,967	,090	,145
Satisfação com o Tratamento	Correlação	,161	-,016	-,150	,297
	Sig.	,244	,911	,279	,088
Índice de Adesão Global	Correlação	,105	,023	<b>,385**</b>	<b>,371*</b>
	Sig.	,451	,869	<b>,004</b>	<b>,031</b>

\*\* . A correlação é significativa no nível 0,01 (2 extremidades).

\* . A correlação é significativa no nível 0,05 (2 extremidades).

Na tabela 27 são apresentadas as correlações entre funções executivas e adesão ao TARV. Os resultados demonstram uma correlação positiva razoável do fracasso em manter o contexto com cumprimento. O que sugere que quanto maior é a capacidade de atenção e concentração em pessoas com HIV, maior é o regime de cumprimento da medicação, o que contribui para uma maior adesão.

Há, também, uma correlação positiva boa do fracasso em manter o contexto com antecedentes da falta de adesão. O que indica que quanto maior é a capacidade de atenção e concentração em pessoas com HIV, melhores são os antecedentes pessoais ou situacionais que contribuem para maior adesão.

E, por fim, uma correlação positiva razoável do fracasso em manter o contexto e aprendendo a aprender com índice de adesão global. O que demonstra que quanto maior é a capacidade de atenção, concentração e aprendizagem em pessoas com HIV, maior é o índice de adesão ao tratamento.

Não foi encontrado correlação entre os demais fatores de adesão e os indicadores interpretativos.

### **13 DISCUSSÃO**

Este estudo tivera como finalidade a compreensão de como as características psicológicas estão relacionadas a adesão ao TARV, a partir da análise de correlação das variáveis. Apesar de diversas abordagens se propuseram a compreender essa relação, pouco estudos tem proposto a compreensão desse fenômeno a partir de um número tão grande de características psicológica. Os autores, em sua maioria, avaliam a partir de um fator, para compreender a adesão, porém faz-se necessário uma ampliação do olhar sobre o objeto de estudo, devido a sua complexidade.

O objetivo do estudo foi examinar a correlação das características psicológicas com a adesão ao TARV, os padrões de funcionamento de cada variável psicológica e o nível de adesão.

O nível de adesão global da amostra mostrou-se insuficiente, cerca de 80% dos participantes não estavam em adesão adequada. Esse resultado esclarece o por que dos desempenhos terem sido pouco satisfatório nas demais variáveis, já que tiveram correlações de razoável a boa da adesão e as características psicológicas.

Na personalidade, houve uma associação inversa dos subfactores passividade e depressão, que pertence ao fator neuroticismo, explicando o desempenho baixo nos escores do fator de neuroticismo e adesão ao tratamento. O que corrobora com as hipóteses levantadas na fundamentação teórica, a qual descreve a partir das pesquisas, que uma baixa adesão ao tratamento pode ser explicada pelo alto nível no fator neuroticismo.

Um fator que, a partir dos estudos, pode ser observado na fundamentação teórica é o da realização. Neles se observaram que a realização é um fator preditor independente para não adesão. Apesar que neste estudo não foi utilizado este método estatístico para se observar a possível predição, há uma relação significativa deste fator com adesão. Realização, também, é descrito como um moderador entre estresse e ansiedade. O que quer dizer que pessoas sob forte estresse e escores baixo nesse fator podem envolver-se em comportamentos menos saudáveis e prejudicar o comportamento de adesão. Isso pode ser observado na relação significativa encontrada entre estresse, ansiedade e os fatores de adesão ao tratamento.

Outro fator de destaque nas pesquisas e citada na fundamentação é a extroversão, que assim como a realização são fatores que auxiliam na gestão demandas relacionadas a vida e morte, saúde e doença. E pode-se observar que há uma relação razoável desse fator com adesão, mais especificamente, o dinamismo que indica o quanto as pessoas tomam iniciativa em situações variadas e colocam suas ideias em práticas.

Os dois fatores de personalidade, socialização e abertura não foram descritos na literatura como significativos nas análises de correlação. Mas nesta pesquisa houve uma associação significativa do fator socialização com os demais fatores de adesão ao tratamento e um menor número de associação no fator abertura. O que demonstra que os cinco grandes fatores de personalidade são importantes para compreender o fenômeno de adesão em pessoas que vivem com HIV. O que indica mais pesquisas futuras para verificar a associação do fator socialização e abertura.

Na compreensão das associações das variáveis psicoafetivas; estresse, ansiedade, depressão. Primeiro, é preciso esclarecer que há uma correlação entre elas. Isso pode ser observado devido a depressão e ansiedade compartilharem sintomas em comum, assim como a presença de estresse pode desencadear tanto sintomas de ansiedade, como de depressão e o contrário é, também, verdadeiro. Os resultados dos níveis de depressão, ansiedade e estresse estão acima da média nacional geral e da média entre pessoas com que vivem com HIV, como foi discutido nas análises descritivas. O que explica uma quantidade alta de participantes desta pesquisa em adesão não satisfatória, de acordo com normatização do instrumento de adesão. Já

que os resultados de correlação apontaram uma associação significativa das variáveis psicoafetivas com adesão (REMOR, 2013).

Os capítulos três e quatro discutem vários resultados de pesquisas que indicam a associação dos aspectos psicoafetivos e adesão. Elas estão entre os mais fortes preditores mais consistentes de não adesão ao tratamento antirretroviral. Os estudos indicam que o estresse tem correlação forte com o declínio da contagem de células de CD4 e progressão mais rápida da AIDS, apesar deste estudo não buscar essa correlação. Foi observado a partir dos resultados, uma correlação inversa boa dos fatores de adesão com cada fase do estresse e nível em que o estresse está, a partir do número totais de sintomas (FRENCH et al, 2005).

O mesmo ocorreu com ansiedade, que indicou uma correlação inversa boa com quatro dos cinco fatores de adesão ao tratamento. Entretanto, na correlação com depressão houve apenas uma correlação razoável com um dos cinco fatores responsáveis pelo comportamento de adesão. Ainda sim, ansiedade e depressão são dois fenômenos importantes, para compreender adesão em pessoas que vivem com HIV, porque as pesquisas discutidas no capítulo quatro da fundamentação demonstram que elas contribuem para uma adesão inadequada. Tais quadros são bastantes recorrentes em pessoas com HIV, o que indica como o indivíduo pode estar interagindo com sua condição, tratamento e prognóstico.

Um estudo brasileiro de 2016 teve como resultado a associação de ansiedade e depressão com adesão. Ele revelou que pessoas que tinham mais sintomas de depressão e ansiedade tinham uma adesão menor ao TARV. Enquanto pessoas com menos sintomas, tinham uma adesão maior. O que corrobora com o resultado das correlações apresentadas no capítulo dose. Esses resultados da associação das variáveis psicoafetivas e adesão demonstram a importância da avaliação afetiva, para amenizar o sofrimento e diminuir o prejuízo a adesão.

Por fim, há, provavelmente, os aspectos mais complexos da cognição humana. A tomada de decisão e as funções executivas, que evidenciam sua complexidade pelos diversos modelos existentes atualmente. De acordo com fundamentação teórica desta pesquisa, os resultados foram compreendidos a partir de um modelo descritivo para tomada de decisão e integrativo para as funções executivas.

Na análise de correlação da tomada de decisão com adesão, foi demonstrado apenas uma significância estatística do baralho D com um dos fatores de adesão. O baralho D é conhecido, a partir da nomenclatura do teste, como um baralho vantajoso. O que indica que as pessoas, preferencialmente, o escolhem com mais frequência. Se a quantidade de escolha do indivíduo for maior pelos baralhos A e B, pode-se trabalhar com a hipótese de um prejuízo na

tomada de decisão. Ao se observar o resultado da correlação e o desempenho da amostra no teste, que indicou o uso mais frequente do baralho A e B. Conclui-se que há uma interação do fator da tomada de decisão com a adesão em pessoas que vivem com HIV. Entretanto não se pode afirmar, categoricamente, já que não houve uma significância estatística na associação dos blocos e da tendência geral com adesão, que são dois outros fatores importantes para se compreender o processo de tomada de decisão em saúde.

Um aspecto importante para se destacar é que a literatura apresenta que a tomada de decisão é efetiva, quando o indivíduo compreende os riscos e benefícios do tratamento. Mas que esse julgamento pode ser comprometido por heurísticas, vieses que prejudicam um julgamento mais acurado, por isso a importância dos aspectos emocionais e psicológicos na análise. E não é por acaso que houve correlações significativas dos aspectos psicoafetivos em adesão. O que pode explicar o por que da amostra da pesquisa ter tido um desempenho insatisfatório no processo de tomada de decisão, conseqüentemente, na média de adesão. A própria literatura evidencia que não adianta compreender apenas os processos objetivos, mas também o papel das emoções, que podem contribuir em abreviar o sofrimento, diminuindo a influência das heurísticas e flexibilizando o julgamento do indivíduo.

Na última característica psicológica dentro do funcionamento cognitivo, as funções executivas envolvem aspectos cognitivos, emocionais e sociais. Os resultados de correlações indicaram uma significância estatística da memória de trabalho com alguns fatores de adesão. O que corrobora com a literatura que aponta a associação da memória como um aspecto importante nas doenças crônicas, porque exige a articulação da lembrança baseada em eventos, com acesso a informações rápidas. A amostra da pesquisa obteve um desempenho abaixo da média, evidenciando um possível prejuízo nesta função, o que tem relação com a tomada de decisão, já que as funções executivas e tomada de decisão fazem parte do funcionamento cognitivo, que por sua vez sofre influência dos aspectos psicoafetivos, como visto no parágrafo anterior. Isso indica como as variáveis psicológicas estão interrelacionadas, interferem no comportamento de adesão, validado pelos resultados das correlações. E que como a própria literatura evidencia, quando conceitualiza as funções executivas.

Ainda sobre os aspectos do funcionamento executivo, houve uma significância do controle inibitório e planejamento, duas funções importantes para adesão em doenças crônicas, como o HIV/Aids. A média dos participantes desta pesquisa no controle inibitório, que está relacionado a evitar situações ou eventos de riscos, é abaixo da média. Na literatura, o prejuízo associado ao controle inibitório leva ao indivíduo esquecer de tomar a medicação por longos

períodos, o que teria um impacto negativo na sua adesão e, conseqüentemente, no seu organismo (INSEL et al, 2006).

Apesar da correlação significativa da função planejamento e adesão, a amostra obteve um resultado médio nesta função. Mas isso não deixa de evidenciar a importância dela, para compreensão do funcionamento cognitivo, como para o comportamento de adesão. Porque para que se tenha a capacidade de elaboração e execução de um plano, a fim de desenvolver uma boa resposta ao tratamento medicamentoso, as outras funções são exigidas. Por isso a relevância delas, devido ao esforço cognitivo requerido no regime terapêutico.

Por último, duas funções obtiveram uma boa correlação com diversos fatores de adesão que até então, não foram mencionadas em pesquisas anteriores; a formação de conceito e a concentração. Formação de conceito está relacionada com a capacidade de reconhecer, nos estímulos, suas características e seus padrões, relações entre eles e antecipar mentalmente uma tendência baseada nestas interpretações. A amostra nessa função ficou abaixo da média, indicando um leve prejuízo, o que pode sinalizar que a adesão, dentre as possibilidades que a interferem, talvez seja explicada pela formação de conceito.

A concentração que está associada com a capacidade atencional, o quanto o indivíduo consegue manter a atenção, foco em determinado objeto ou situação obteve uma correlação boa com alguns fatores de adesão. O que sugere que, o nível de concentração do indivíduo é uma possibilidade que afeta o regime terapêutico, a adesão ao tratamento. Nesta pesquisa a amostra atingiu um resultado médio, sem prejuízo nesta função.

## **14 CONSIDERAÇÕES FINAIS**

A prevalência de adesão adequada nessa amostra foi baixa, em torno de 16,67% e a média do índice de adesão da amostra foi 78. O que é considerado baixo também, quando comparado a normatização do teste CEAT-HIV. Isso demonstra a necessidade de um olhar mais sensível com relação ao regime terapêutico das pessoas que vivem com HIV/Aids.

Os resultados das correlações de adesão ao tratamento com as características psicológicas foram bem interessantes e evidenciou a associação entre elas, o que pode explicar o resultado baixo da adesão, mesmo o objetivo da correlação não seja a casualidade. As correlações mais altas foram com a ansiedade, estresse, função executiva e com subfacetas competência do fator de realização. E, em força estatística, as demais características tiveram uma correlação menor, mas não menos importante para a compreensão do comportamento de adesão. Pelo contrário, são um indicativo para mais pesquisas que possam investigar essas

demais características.

A personalidade teve melhores correlações com o fator da realização, mais especificamente com a subfaceta competência. O que corroborou com dados apresentados na fundamentação teórica e sugere a importância da avaliação das características de personalidade das pessoas com vivem com HIV/Aids.

O estresse e a ansiedade, também, tiveram correlações ótimas com adesão, o que confirma a hipótese da associação delas. A avaliação dessas característica psicoafetivas teriam fundamental importância durante o acompanhamento medicamentoso do paciente, porque a partir de pesquisas anteriores foi evidenciado, mesmo que ainda de forma não tão clara, uma relação direta de componentes do estresse e da ansiedade com a redução das células CD4, responsável por compor uma linha de defesa contra a infecção pelo HIV. E esse trabalho confirma a inclusão dos aspectos psicoafetivos na avaliação do paciente.

Por fim, uma boa correlação significativa foi das funções executivas, que apesar de poucos estudos na área, tem uma importância. Porque, de acordo com as pesquisas, o vírus tem uma maior via de acesso ao sistema nervoso central, comprometendo estruturas cerebrais que causam prejuízos cognitivos e afetas as funções executivas. Funções essas importantes para se obter sucesso no regime terapêutico.

Então, constata-se a partir dessa pesquisa de mestrado a importância do psicólogo para uma avaliação psicológica e neuropsicológica, buscando um tratamento individualizado, priorizando a singularidade e a escolha de cada paciente. Destaca-se ainda a necessidades de novos estudos, para se agregar novas concepções e com um número maior de participantes, para que se possa obter resultados mais preciso e proporcionando maiores comparações.

## 15 REFERÊNCIA BIBLIOGRÁFICA

ÁLVAREZ, G. H.; RÍOS, S. R.; HERNÁNDEZ, E. **Caracterización de la Población Vih-Sida del Hospital Universitario de Caracas**. *Medicina Interna*, 34(4), 2017.

ANDREOLA, M. T. **Qualidade de Vida e Características de Personalidade de Pessoas que Vivem com AIDS**. Dissertação de Mestrado, Universidade do Sul de Santa Catarina, 2013.

AZEVEDO, R. L. W. *et al.* **Trastornosafetivos/Cognitivos Asociados à Tarv e à Qualidade de Vida no Contexto da AIDS**. *Revista Interamericana de Psicologia/Interamerican Journal of Psychology (IJP)*, Vol., 48, No. 2, pp. 238–251, 2014.

BAKOS, D. S. *et al.* **A cultural study on decision making: performance differences on the Iowa gambling task between selected groups of brazilians and americans**. *Psychology & Neuroscience*, 3, 1, 101 – 107, 2010.

BETANCUR, M. N. *et al.* **Quality of life, anxiety and depression in patients with HIV/AIDS who present poor adherence to antiretroviral therapy: a cross-sectional study in Salvador, Brazil**. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 2 1(5), 507–514, 2017.

BLITZ, S. *et al.* **The Use of Multistate Models to Examine Associations of Stress and Adherence With Transitions Among HIV Care States Observed in a Clinical HIV Cohort**. *J Acquir Immune Defic Syndr*, Vol. 76, N. 3, 303–310, 2017.

BRASIL. Ministério da Saúde. Departamento de Doenças de Condições Crônicas e Infecções Sexualmente Transmissíveis. **Boletim Epidemiológico de HIV/Aids**, Brasília, 2019.

BROWN, L. K. *et al.* **Psychological symptoms among 2032 youth living with HIV: a multisite study**. *AIDS patient care and STDs*, 29(4), 212–219, 2015.

CALVETTI, P. U. *et al.* **Níveis de Ansiedade, Estresse Percebido e Suporte Social em Pessoas que Vivem com HIV/AIDS**. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, Vol. 32 n. 4, pp. 1–4, 2016.

CARDOSO, C. O. *et al.* **Estudo de fidedignidade do instrumento neuropsicológico Iowa Gambling Task.** *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 59(4), 279 – 285, 2010.

MORAES, D. C. A. *et al.* **Terapia antirretroviral: a associação entre o conhecimento e a adesão.** *Revista de Pesquisa Cuidado é Fundamental Online*, 7(4),3563-3573, 2015.

COSTA, L. M. C. B. V. *et al.* **Características de personalidade e adesão ao tratamento em pacientes jovens portadores de HIV.** *Rev. SBPH*, vol. 21 no. 1, 6–35, 2018.

COUTINHO, M. F. C.; O'DWYER, G.; FROSSARD, V. **Tratamento antirretroviral: adesão e a influência da depressão em usuários com HIV/AIDS atendidos na atenção primária.** *Saúde em debate*, v. 42, n. 116, p. 148-161, 2018.

CUNHA, J. A. **Manual da versão em português das escalas Beck.** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2001.

CUNHA, J. A. *et al.* **Adaptação e padronização brasileira do teste Wisconsin de classificação de cartas (1a ed).** São Paulo: Casa do Psicólogo, 2005.

EBC – Empresa Brasileira de Comunicação: Rádios EBC/ Tarde Nacional - Amazônia. **Brasil é o segundo país com maior índice de estresse relacionado ao trabalho no mundo.** Brasília, 2019. Disponível em <https://radios.ebc.com.br/tarde-nacional-amazonia/2019/06/brasil-e-o-segundo-pais-com-maior-indice-de-estresse-relacionado-ao>

EBRAHIMZADEH, Z.; GOODARZI, M. A.; JOULAEI, H. **Predicting the Antiretroviral Medication Adherence and CD4 Measure in Patients with HIV/AIDS Based on the Post Traumatic Stress Disorder and Depression.** *Iran J Public Health*, Vol. 48, No.1, pp.139-146, 2017.

EYSENCK, M. W.; KEANE, M. T. **Manual de Psicologia Cognitiva.** 7. Ed, Porto Alegre, Artmed, 2017.

FREITAS, P.; FERNANDES, A.; MORGADO, P. **Depressão em pacientes HIV positivos:**

**a realidade de um hospital português.** *Sci Med*, 25(2), 1–9, 2015.

FRENCH, T. et al. **Correlation of a brief perceived stress measure with nonadherence to antiretroviral therapy over time.** *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndrome*, 38 (5), 590–596, 2005.

FRENCH, T.; TESORIERO, J.; AGINS, B. **Changes in Stress, Substance Use and Medication Beliefs are Associated with Changes in Adherence to HIV Antiretroviral Therapy.** *AIDS Behavior*, 15: 1416–1428, 2011.

GUERRA, C. P. P. **Revelação do diagnóstico, adesão e estresse em jovens soropositivos para o HIV.** Dissertação de Mestrado, Universidade de Brasília, 2008.

GRECO, D. B. **Trinta anos de enfrentamento à epidemia da Aids no Brasil, 1985-2015.** *Ciência & Saúde Coletiva*, 21(5),1553-1564, 2016.

HAMDAN, A. C.; PEREIRA, A. P. A. **Avaliação Neuropsicológica das Funções Executivas: Considerações Metodológicas.** *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 22(3), 386-393, 2009.

INSEL, K. *et al.* **Executive Function, Working Memory, and Medication Adherence Among Older Adults.** *Journal of Gerontology: PSYCHOLOGICAL SCIENCES*, v. 61B, n. 2, P102–P107, 2006.

KADRI, M. R. SCHWEICKARDT, J. C. **A emergência da Aids no Amazonas.** *História, Ciências, Saúde - Manguinhos*, 23(2),301-319, 2016.

KANMOGNE, G. D. *et al.* **Effects of HIV on executive function and verbal fluency in Cameroon.** *Scientific Reports*, 8, 17794, 1–13, 2018.

LEITE, M. A. **Depressão, qualidade de vida e adesão ao tratamento antirretroviral em idosos portadores de HIV/Aids.** Dissertação de Mestrado, Secretaria de Estado da Saúde de São Paulo, 2016.

LIPP M. E. N. *et al.* **Stress in Brazil**. International Journal of Psychiatry Research, 3(3): 1–4, 2020.

LIPP, M. E. N. **Manual do inventário de sintomas de stress para adultos**. São Paulo, SP: Casa do Psicólogo, 2000.

MALLOY-DINIZ, L. F. *et al.* **Versão em português do Iowa Gambling Test: adaptação transcultural e validade discriminante**. Revista Brasileira Psiquiatria, 30(2):144 – 8, 2008.

MALLOY-DINIZ, L. F.; KLUWE- SCHIAVON, B.; GRASSI-OLIVEIRA, R. **Julgamento E Tomada de Decisão**. 1. Ed, Editora Pearson Clinical Brasil, Curitiba, 2018.

NELA, A.; KAGEEA, A. **The relationship between depression, anxiety and medication adherence among patients receiving antiretroviral treatment in South Africa**. AIDS Care: Psychological and Socio-medical Aspects of AIDS/HIV, 25:8, 948-955, 2013.

NETTO, T. M. *et al.* **Espessura cortical e funções executivas em pacientes HIV-positivos**. Radiologia Brasileira, v. 44, n. 1, p. 7–12, 2011.

NOGUEIRA, G. S.; SEIDL, E. M. F. **Associação entre Percepção de Doença e Ansiedade, Depressão e Autoeficácia em Pessoas com HIV/Aids**. Temas em Psicologia, Vol. 24, nº 2, 595-608, 2016.

NUNES, C. H. S. S.; HUTZ, C. S.; NUNES, M. F. O. **Bateria Fatorial de Personalidade - BFP: Manual técnico**. São Paulo: Casa do Psicólogo, 2013.

OLIVEIRA, L. S *et al.* **Adherence to antiretroviral therapy and correlation with adverse effects and coinfections in people living with HIV/AIDS in the municipality of Goiás State**. Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical, 51(4):436-444, 2018.

OPAS - Organização Pan-Americana da Saúde. **Determinantes Sociais e Riscos para a Saúde, Doenças Crônicas não transmissíveis e Saúde Mental**. Brasília,2017. Disponível em [https://www.paho.org/bra/index.php?option=com\\_content&view=article&id=5354:aumenta-](https://www.paho.org/bra/index.php?option=com_content&view=article&id=5354:aumenta-)

o-numero-de-pessoas-com-depressao-no-mundo&Itemid=839

PANIGRAHI, M.; SWAIN, T. R.; MOHANTY, S. **Nonadherence to anti-HIV medication is associated with higher level of anxiety: Experience from a tertiary care hospital of Odisha.** Indian Journal of Pharmacology, vol. 47, Issue 6, 672–675, 2015.

REHM, K. E.; KONKLE-PARKER, D. **Association of CD4+ T cell subpopulations and psychological stress measures in women living with HIV.** AIDS Care, 29:9, 1107-1111, 2017.

REMOR, E. **Valoración de la adhesión al tratamiento antirretroviral en pacientes VIH+.** Psicothema, Vol. 14, nº 2, pp. 262-267, 2002.

REMOR, E.; MILNER-MOSKOVICS, J.; PREUSSLER, G. **Adaptação brasileira do “Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral”.** Rev Saúde Pública, 41(5):685-94, 2007.

REMOR, E. **Systematic Review of the Psychometric Properties of the Questionnaire to Evaluate the Adherence to HIV Therapy (CEAT-VIH).** Patient 6, 61–73, 2013.

ROCHA, M. D. H. A. **História Social da Aids no Mundo: A Vulnerabilidade dos Sujeitos.** Revista Científica do ITPAC, Araguaína, v.9, n.1, Pub.8, 2016.

SALTHOUSE, T. A.; ATKINSON T. M.; BERISH, D. E. **Executive Functioning as a Potential Mediator of Age-Related Cognitive Decline in Normal Adults.** Journal of Experimental Psychology: General, v. 132, n. 4, 566–594, 2003.

SANTANA, A. N., MELO, M. R. A., MINERVINO, C. A. S. M. **Instrumentos de Avaliação das Funções Executivas: Revisão Sistemática dos Últimos Cinco Anos.** Avaliação Psicológica, 18(1), pp. 96-107, 2019.

SCOTT, J. C. *et al.* **A Neuropsychological Investigation of Multitasking in HIV Infection: Implications for Everyday Functioning.** Neuropsychology, Vol. 25, n. 4, 511–519, 2011.

SHACHAM, E. *et al.* **Screening Anxiety in the HIV Clinic.** *AIDS Behavior*, 16:2407–2413, 2012.

SCHNEIDER, D. D. G.; PARENTE, M. A. M. P. **O Desempenho de Adultos Jovens e Idosos na Iowa Gambling Task (IGT): Um Estudo sobre a Tomada de Decisão.** *Psicol. Reflex. Crit.*, v. 19, n. 3, p. 442–450, 2006.

SILVA, B. B. *et al.* **Evidence of Validity for the Online Version of the Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire.** *Sage Journals*, 1–12, 2019.

SILVA-FILHO, J. H.; PASIAN, S. R. P.; HUMBERTO, J. S. M. **Teste Wisconsin de Classificação de Cartas: uma revisão sistemática de 1952 a 2009.** *Psico-USF*, 16(1), 107–116, 2011.

SILVA-FILHO, J. H.; PASIAN, S. R.; BARBOZA, L. L. **Potencial informativo e desafios técnicos do Teste Wisconsin de classificação de cartas.** *Revista da SPAGESP*, 14(2), 102-113, 2013.

TAO, J. *et al.* **Effects of depression and anxiety on antiretroviral therapy adherence among newly diagnosed HIV-infected Chinese MSM.** *AIDS*, 31, 401–406, 2017.

THOMAS, C. V.; CASTRO, E. K. **Personalidade, Comportamentos de Saúde e Adesão ao Tratamento a Partir do Modelo dos Cinco Grandes Fatores: Uma Revisão De Literatura.** *Psicologia, Saúde & Doenças*, 13(1), 100-109, 2012.

UNAIDS. BRASIL. **Notícia.** Disponível em <https://unaid.org.br/2018/10/unaid-pede-por-melhor-integracao-entre-servicos-de-saude-mental-e-de-hiv>.

WYKOWSKI, J. *et al.* **Associations Between Anxiety and Adherence to Antiretroviral Medications in Low- and Middle-Income Countries: A Systematic Review and Meta-analysis.** *AIDS Behav* 23, 2059–2071, 2019.

ZHAO, T. **Cognitive disorders in HIV-infected and AIDS patients in Guangxi, China.**

Journal of NeuroVirology, 21, 32–42, 2015.

ZUGE, S. S. *et al.* **Fatores Associados à Adesão Ao Tratamento Antirretroviral em Adultos Infectados pelo HIV: Estudo Transversal.** Revista de Enfermagem da UFSM, 7(4), 577–589, 2017.

**16 ANEXOS**  
**ANEXO I**

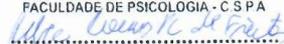


**TERMO DE ANUÊNCIA DO CSPA**

Declaramos para os devidos fins que estamos de acordo com o atendimento psicológico, caso necessário, dos participantes da pesquisa intitulada: "AVALIAÇÃO DAS CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL". Pesquisa a ser realizada pelo(a) acadêmico(a) Jaisson Bernardo da Silva Veiga orientado(a) pelo(a) Professor(a) Dr(a) José Humberto da Silva Filho. Projeto vinculado ao Programa de Pós-Graduação em Psicologia (PPGPSI), o qual terá o apoio deste Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA).

Manaus, 02 de outubro de 2018.

UNIVERSIDADE FEDERAL DO AMAZONAS  
FACULDADE DE PSICOLOGIA - C.S.P.A



Rebeca Pevas  
SIAPE- 2127355  
Vice-Coordenadora

Rebeca Louise Pevas Lima de Freitas  
Psicóloga responsável

## ANEXO II

## SOLICITAÇÃO DE ANUÊNCIA

AO: Dr. Wuelton Marcelo Monteiro – Diretor de Ensino e Pesquisa FMT-HVD

Manaus, 16 de outubro de 2018

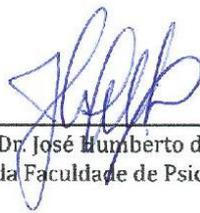
Senhor Wuelton Marcelo Monteiro

Eu Jaisson Bernardo da Silva Veiga, aluno de mestrado do Programa de Pós Graduação em Psicologia (PPGpsi/UFAM), orientado pelo Prof Dr. José Humberto da Silva Filho, pesquisadores responsáveis pelo estudo intitulado "AVALIAÇÃO DE CARACTERÍSTICAS PSICOLÓGICAS E ADESÃO AO TARV DE PESSOAS COM HIV/AIDS", venho solicitar a Vossa Senhoria ANUÊNCIA para executar a minha pesquisa, na FMT com paciente portadores de HIV em acompanhamento nessa instituição.

Na expectativa de um pronunciamento favorável, antecipadamente agradeço.

Atenciosamente,

  
Jaisson Bernardo da Silva Veiga  
Mestrando em Psicologia - PPGpsi

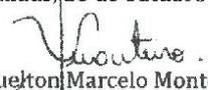
  
Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho  
Docente da Faculdade de Psicologia da UFAM

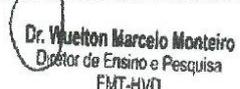
---

**Termo de Anuência**

Considerando que esta instituição possui condições de atender à solicitação do(a) pesquisador(a), minha manifestação é FAVORÁVEL, desde que se cumpram todos os requisitos éticos para a realização da pesquisa em tela.

Manaus, 16 de outubro de 2018.

  
Wuelton Marcelo Monteiro.

  
Dr. Wuelton Marcelo Monteiro  
Diretor de Ensino e Pesquisa  
FMT-HVD

## ANEXO III



**Universidade Federal do Amazonas**  
**Faculdade de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas**

**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

Você está sendo convidado(a), como voluntário(a), a participar da pesquisa intitulada “Avaliação de Características Psicológicas e Adesão ao Tratamento Antirretroviral”, do pesquisador psicólogo Jaisson Bernardo da Silva Veiga, sob orientação do Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho, cujo contato poderá ser feito no endereço Av. Rodrigo Otávio, 4200, Bairro Coroado – Campus Universitário – Faculdade de Psicologia, Laboratório de Avaliação Psicológica, ou pelos telefones: (92) 3305- 1181, ramal 4127, (92) 98246-9841- ou e-mail jaissonveiga@gmail.com.

O presente estudo tem como objetivo investigar a relação entre ansiedade e depressão, estresse, personalidade, tomada de decisão, função executiva e adesão ao tratamento antirretroviral de maneira a contribuir com a avaliação dessas características para o contexto brasileiro. A avaliação dessas características é importante para ampliação das informações, favorecendo protocolos mais individualizados de acordo com a necessidade de cada indivíduo, com o objetivo de melhorar o entendimento seu entendimento acerca do seu próprio estado de saúde e contribuindo para a adesão ao tratamento. Alterações nessas características psicológicas podem acarretar complicações tais como alterações fisiológicas e psicológicas relevantes, que impactam em seu estilo de vida, percepção sobre o processo de adoecimento e na adesão ao tratamento medicamentoso.

O objetivo desta pesquisa é verificar os níveis das características psicológicas citadas acima. Para isso, é preciso que o (a) Sr.(a) responda a testes, escalas e questionários em um encontro. Nele será feito uma aplicação individual, os quais serão adotados os seguintes instrumentos: Questionário para Avaliação da adesão ao tratamento, Escalas Beck de Ansiedade e Depressão, Inventário de Sintomas de Stress, Bateria Fatorial de Personalidade, Teste Wisconsin de Classificação de Carta e Iowa Gambling Task, sobre tomada de decisão. Estima-se entre 45 a 60 minutos para responder tais instrumentos, que posteriormente serão analisados para fazer parte da pesquisa. Não haverá necessidade de outro tipo de exame ou procedimento além deste. Os resultados serão analisados de forma coletiva, de forma a garantir o sigilo das informações colhidas. Não serão gerados relatórios individuais para análise neste estudo (a não ser, única e exclusivamente para devolutiva ao próprio voluntário).

O projeto foi desenvolvido com base nas Diretrizes e Normas Reguladoras de Pesquisa Envolvendo Seres Humanos, do Conselho Nacional de Saúde, Resolução 466/2012 e Resolução 510/2016, e atenderá as exigências éticas e científicas fundamentais: Comitê de Ética e Pesquisa, TCLE, confidencialidade e a privacidade dos dados. O (A) SR.(A) PODERÁ DESISTIR DE SUA PARTICIPAÇÃO EM QUALQUER MOMENTO DA

PESQUISA, tendo o direito e a liberdade de retirar seu consentimento sem nenhum prejuízo a sua pessoa, comprometendo-se o pesquisador e/ou a orientanda a suspender a aplicação do instrumento. Caso, fortuitamente, ocorra algum posterior constrangimento ou desconforto relacionado a sua participação neste estudo, caso venha a sentir-se constrangido ou incomodado em decorrência do depoimento feito ou de lembranças evocadas que lhes causem sofrimento, o pesquisador e/ou o acadêmico de psicologia prestar-lhe-ão a ajuda necessária, visando seu bem-estar. Ainda assim, poderá ser, futuramente, encaminhado(a) ao Centro de Serviço de Psicologia Aplicada (CSPA), da Faculdade de Psicologia-UFAM, estabelecido na Av. Rodrigo Otávio Jordão Ramos, 6200, Bloco X, Coroado, Manaus/AM, e ficará aos cuidados da psicóloga Rebeca Louise Pevas Lima de Freitas, responsável pelo serviço, respeitando-se a possível ordem de fila de atendimento.

Cumpra esclarecer que a pesquisa, por meio da instituição que a ampara, garantirá indenização aos participantes (cobertura material), em reparação em caso de ocorrência de dano imediato ou tardio, que comprometa o indivíduo ou a coletividade, sendo o dano de dimensão física, psíquica, moral, intelectual, social, cultural ou espiritual do ser humano e jamais lhes será exigida, sob qualquer argumento, renúncia ao direito à indenização por dano. Os valores respectivos aos danos serão estimados pela instituição proponente quando os mesmos ocorrerem, uma vez que não há valores pré-estabelecidos de acordo com os riscos, que não há previsibilidade dos mesmos em seus graus, níveis e intensidades na Resolução em tela e nem na Resolução 510/2016, que trata da normatização da pesquisa em ciências humanas e sociais, e que não há definição da graduação do risco (mínimo, baixo, moderado ou elevado).

A partir da obtenção de resultados nas funções executivas, personalidade, tomada de decisão, estresse, ansiedade e depressão, o Sr.(a) passará a ter acesso ao seu próprio perfil psicológico, que poderá lhe ser útil como um feedback para seu próprio autoconhecimento. Desta forma, além da relevância científica e social, o Sr(a) também terá benefícios diretos como participante da pesquisa na forma da ampliação do seu autoconhecimento e noção dos níveis atuais de cada medida aferida na pesquisa, por meio de um relatório individual. Além disso, se no seu caso for observado comprometimento das suas funções mentais, o Sr.(a) será indicado para receber tratamento gratuito e uma maior atenção por parte do serviço de Psicologia da Universidade Federal do Amazonas – UFAM, se for da sua vontade. Os resultados da pesquisa serão divulgados em meios científicos e estarão à sua disposição quando finalizada. Jamais serão divulgados resultados individuais, apenas resultados coletivos referentes à amostra estudada. Os dados e instrumentos utilizados na pesquisa ficarão

arquivados com o pesquisador responsável por um período de 5 (cinco) anos e, após esse tempo, serão destruídos. Este termo de consentimento encontra-se impresso em duas vias originais, sendo que uma via será arquivada pelo pesquisador responsável, no Laboratório de Avaliação Psicológica, cujo endereço foi mencionado acima e a outra será fornecida ao Sr. (a) (item IV.3.f, IV.5.d, Res. 466/12.). Se depois de consentir em participar, o(a) Sr(a) desistir da participação, terá o direito e a liberdade de solicitar a retirada do seu consentimento em qualquer fase da pesquisa, seja antes ou depois da coleta dos dados, independente do motivo e sem nenhum prejuízo à sua pessoa. Informamos também que a entrevista não será gravada, fotografada ou filmada.

Em caso de dúvidas com respeito aos aspectos éticos deste estudo, você poderá consultar o Comitê de Ética em Pesquisa – CEP/UFAM, na Rua Teresina, 495, Adrianópolis, Manaus-AM, pelo telefone 3305-1181 (Ramal 2004), ou pelo endereço eletrônico [cep.ufam@gmail.com](mailto:cep.ufam@gmail.com).

\_\_\_\_\_  
**Prof. Dr. José Humberto da Silva Filho**                      **Jaisson Bernardo da Silva Veiga**  
*Orientador – Docente da Faculdade de Psicologia/UFAM*      *Mestrando e Pesquisador Principal*

#### CONSENTIMENTO

A partir das informações recebidas me considero devidamente informado(a) sobre os objetivos e finalidades do estudo e ter tido a oportunidade de esclarecer minhas dúvidas sobre o conteúdo deste documento e da pesquisa a ser desenvolvida, concedo livremente meu consentimento para inclusão como participante voluntário da pesquisa e atesto que me foi entregue uma via idêntica desse documento. “Assino o presente documento em duas vias de igual teor e forma, ficando uma em minha posse.”

\_\_\_\_\_, \_\_\_\_/\_\_\_\_/20\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Nome completo

\_\_\_\_\_  
Assinatura

\_\_\_\_\_  
RG

## ANEXO IV



Universidade Federal do Amazonas  
Faculdade de Psicologia  
Laboratório de Avaliação Psicológica



## DADOS SOCIODEMOGRÁFICOS

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

Nome: _____	Data de Nasc.: ____/____/____ Idade: _____	Sexo: ( ) M ( ) F
Mão dominante: _____	Natural de: _____	
E-mail: _____	Mora em: _____	
Universitário: ( ) Sim ( ) Não	Universidade/Faculdade: _____	
Escolaridade: _____		
Escolaridade em anos: _____	Celular: _____	
Curso: _____	Área: ( ) Humanas ( ) Exatas	
Período: _____	( ) Biológicas/Saúde ( ) Agrárias	

Questionário Socioeconômico (Segundo o Critério Brasil de Classificação Socioeconômica, 2018).

Assinale quantos itens tem na sua residência (ou do chefe financeiro da sua família). Todos os itens devem estar funcionando, incluindo os que estão guardados. Caso não esteja funcionando, considere apenas se tiver a intenção de repor ou consertar nos próximos meses.

	0	1	2	3	4 ou +
Banheiros					
Empregados mensais, trabalhando pelo menos cinco dias por semana					
Automóveis, exclusivamente para uso particular					
Computador de mesa, notebook e netbook					
Leve louça					
Geladeira					
Freezer independente ou parte de geladeira duplex					
Leve roupa					
DVD, qualquer dispositivo que leia DVD, desconsiderando o de autor/autor					
Microondas					
Motocicleta, apenas para uso particular					
Secadora de roupa, considerando máquinas que lavam					

## Escolaridade do chefe financeiro da família

Analfabeto/Fundamental I incompleto	
Fundamental I completo/Fundamental II incompleto	
Fundamental II Completo/ Médio Incompleto	
Médio Completo/Superior incompleto	
Superior Completo	

Serviços Públicos na Área de Residência	Sim	Não
Água encanada		
Rua Pavimentada		

## ANEXO V

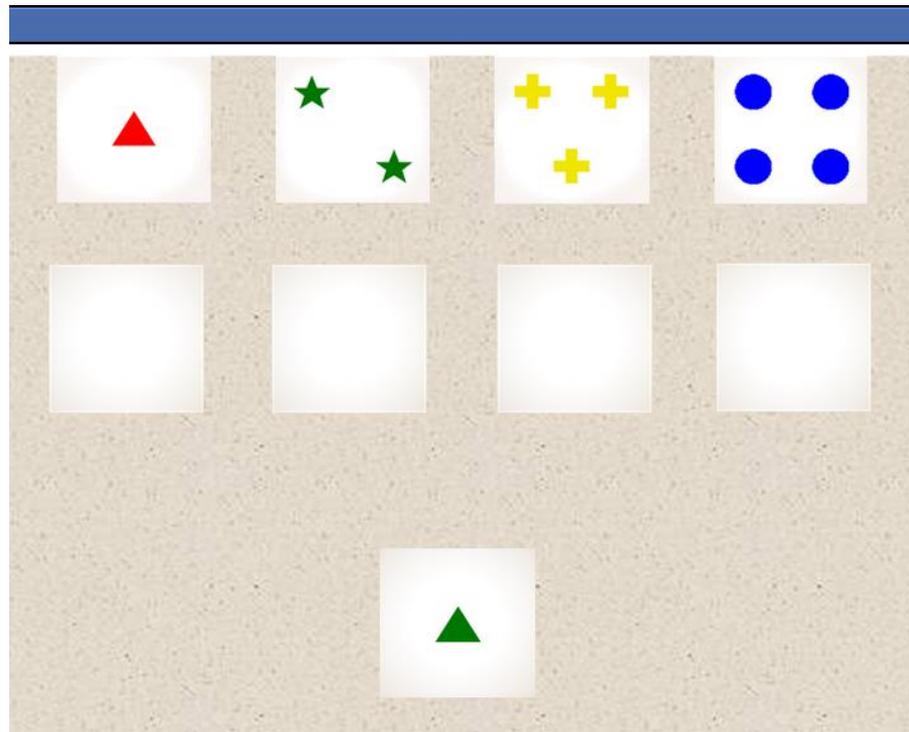


Imagem do software Teste Wisconsin de Classificação de cartas

FONTE: O autor

## ANEXO VI

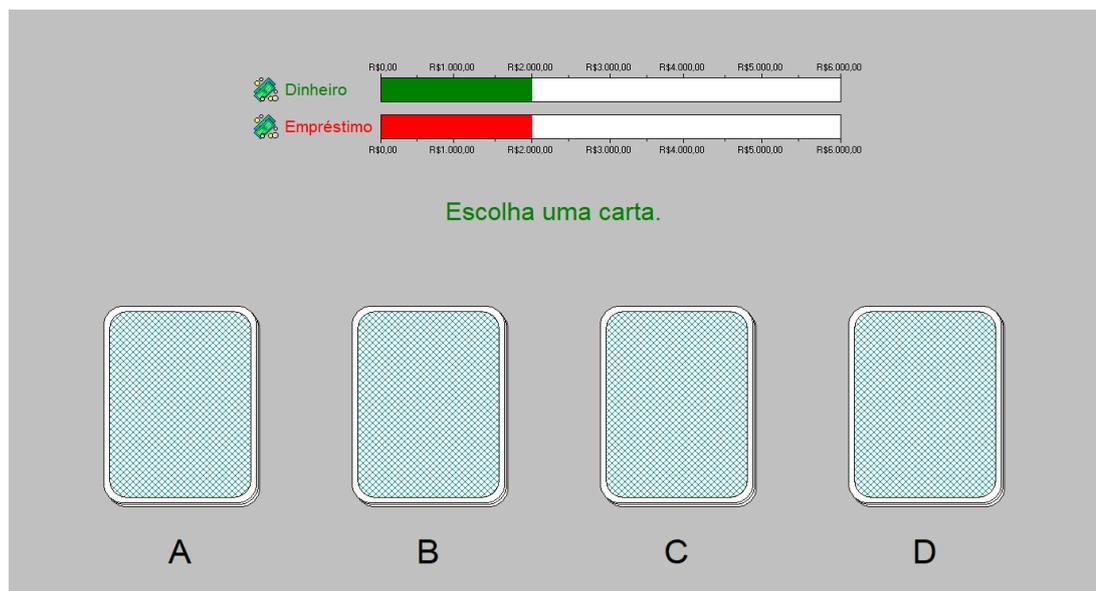
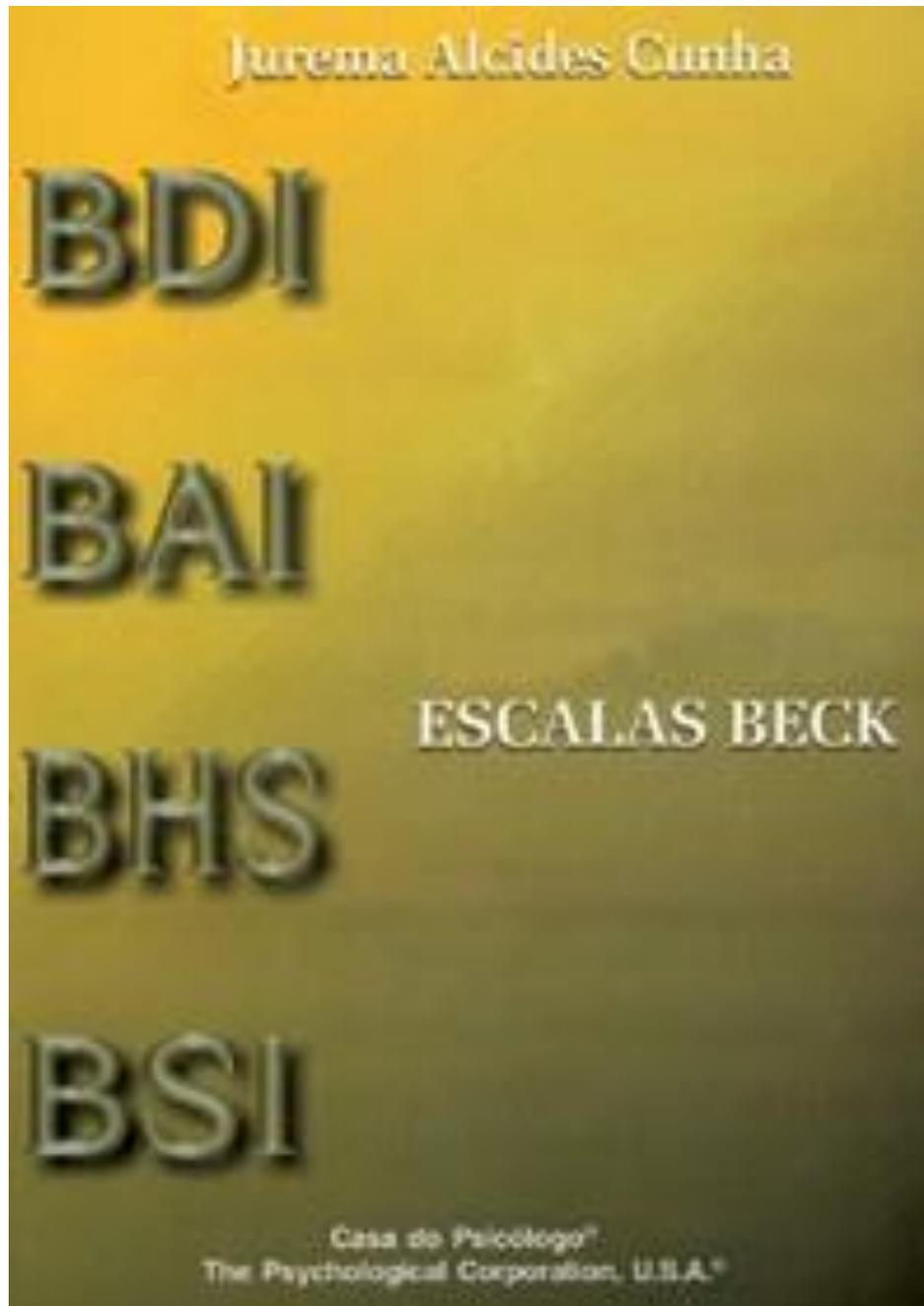


Imagem do software *Iowa Gambling Test*

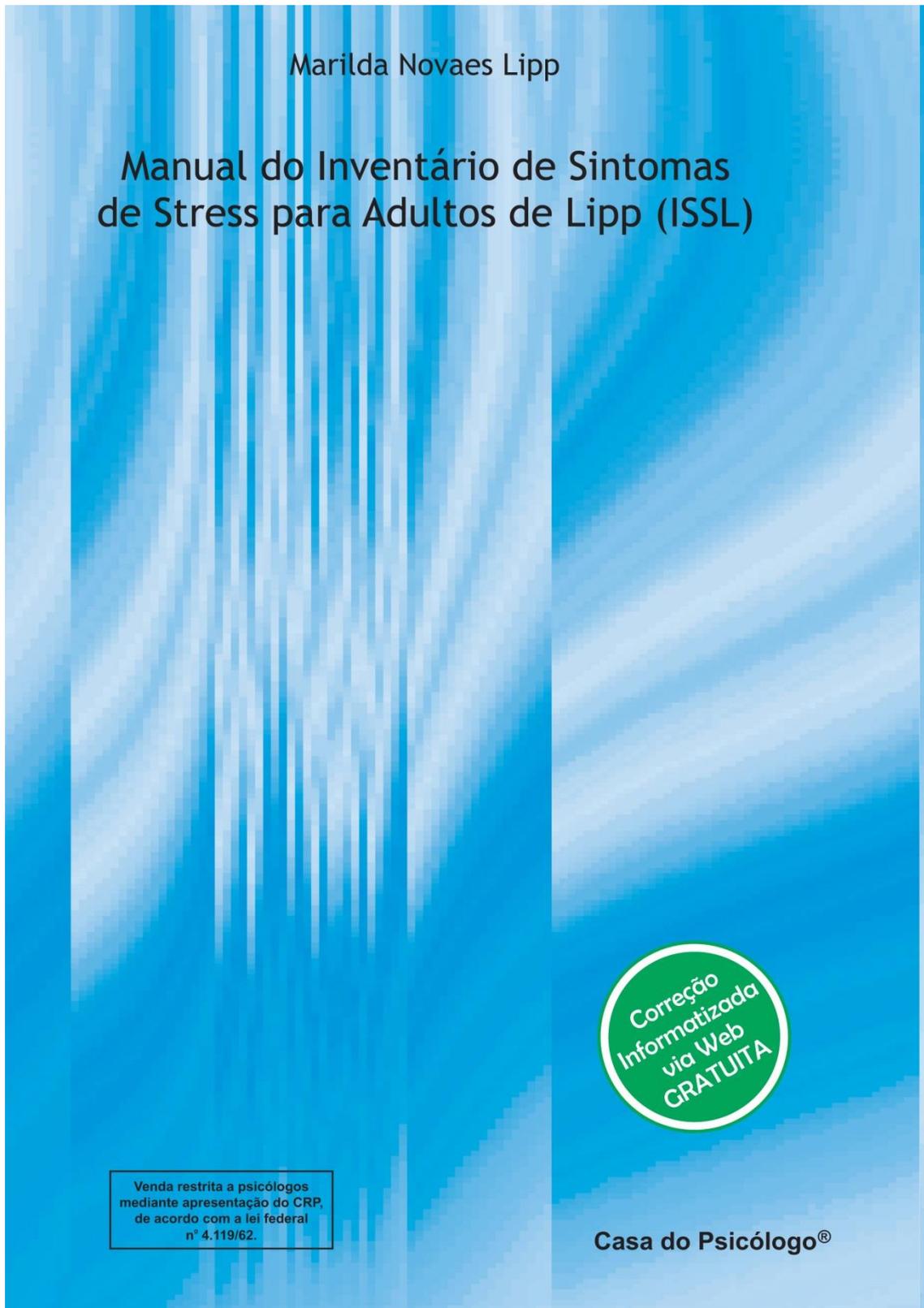
FONTE: O autor



Inventário de Ansiedade e Depressão de Beck

[http://www.pearsonclinical.com.br/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/f/i/file\\_130\\_12.jpg](http://www.pearsonclinical.com.br/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/f/i/file_130_12.jpg)

## ANEXO VII



Inventário de Sintomas de Stress para Adulto de LIPP

<https://tempopsicologia.com.br/wp-content/uploads/2017/06/ISSL-Invent%C3%A1rio-de-sintomas-de-stress-para-adultos-de-Lipp.jpg>

## ANEXO VIII

# Bateria Fatorial de Personalidade **BFP**

Carlos Henrique Sancineto da Silva Nunes  
Claudio Simon Hutz  
Maiana Farias Oliveira Nunes

Correção Informatizada via Web GRATUITA

Venda restrita a psicólogos mediante apresentação do CRP, de acordo com a lei federal nº 4.119/62.

Casa do Psicólogo®

Bateria Fatorial de Personalidade

[http://www.pearsonclinical.com.br/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/b/f/bfp\\_manual\\_capa\\_20101\\_4.jpg](http://www.pearsonclinical.com.br/media/catalog/product/cache/1/image/9df78eab33525d08d6e5fb8d27136e95/b/f/bfp_manual_capa_20101_4.jpg)

## ANEXO IX

**CEAT<sup>vih</sup>**  
Avaliação da Adesão ao Tratamento Antirretroviral

Linguagem

**Bem-vindo!**

Obtêm seu perfil de adesão ao tratamento do HIV com CEAT-VIH!

O CEAT-VIH foi projetado para ajudar você a descobrir facilmente seu estado de adesão ao tratamento do HIV.

Completando esta auto-avaliação [cientificamente validada](#)\*, conhecida como CEAT-VIH, você verá instantaneamente seu estado de adesão! Comece agora e colabore com esta pesquisa internacional. Todo o processo leva menos de 15 minutos.

O CEAT-VIH está disponível em vários idiomas e é usado por pessoas de todo o mundo. Escolha o idioma que melhor combina com você.

[Consulte os Termos e condições do presente Contrato](#)

Eu li e entendi os termos e condições deste acordo [Continuar](#)

\*Remor E. (2013). Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). The Patient: Patient-Centered Outcomes Research, 6 (2), 61-73. doi: 10.1007/s40271-013-0009-0

[Termos e condições](#) [Aviso legal](#)

Questionário Eletrônico para Evolução da Adesão ao Tratamento Antirretroviral

<http://www.ceat-vih.info/>