

Lívia Maria Cunha Bueno Villares da Costa

**Características de personalidade e adesão ao tratamento
em pacientes jovens portadores de HIV: estudo
comparativo**

**São Paulo
2017**

Lívia Maria Cunha Bueno Villares da Costa

**Características de personalidade e adesão ao tratamento
em pacientes jovens portadores de HIV: estudo
comparativo**

Tese apresentada à Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo para obtenção do
título de Doutora em Ciências

Programa de Dermatologia
Orientador: Dr. Jorge Simão do Rosário Casseb

**São Paulo
2017**

Dados Internacionais de Catalogação na Publicação (CIP)

Preparada pela Biblioteca da
Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

©reprodução autorizada pelo autor

Costa, Livia Maria Cunha Bueno Villares da
Características de personalidade e adesão ao
tratamento em pacientes jovens portadores de HIV :
estudo comparativo / Livia Maria Cunha Bueno
Villares da Costa. -- São Paulo, 2017.
Tese(doutorado)--Faculdade de Medicina da
Universidade de São Paulo.
Programa de Dermatologia.
Orientador: Jorge Simão do Rosário Casseb.

Descritores: 1.HIV 2.Adulto jovem 3.Adesão ao
tratamento 4.Terapêutica 5.Personalidade 6.Terapia
antirretroviral

USP/FM/DBD-432/17

DEDICATÓRIA

A todos os pacientes que contribuíram para a realização deste trabalho. Sem eles, não haveria razão de ser. Agradeço por trazerem sentido e propósito a minha vida acadêmica.

AGRADECIMENTOS

A minha família, fonte inesgotável de amor, paciência e, principalmente, esperança.

Ao Dr. Jorge, meu grande amigo e orientador, por continuar acreditando em mim e em minhas ideias. Agradeço pela dedicação incansável em me acompanhar e me inspirar, especialmente nos momentos mais difíceis.

A Dra. Maria Rita, grande amiga e companheira na minha vida dentro do hospital.

Aos amigos do ambulatório ADEE 3002 e da clínica de Dermatologia pela alegria que me trazem todas as semanas.

Aos funcionários da pós-graduação do departamento de Dermatologia, que me ajudaram e vibraram comigo na continuação de meu trabalho.

Ao estatístico Raony Cassab, por mais uma vez tornar real o meu esforço.

Aos meus amigos, que trazem carinho e leveza a minha jornada.

Esta tese está de acordo com as seguintes normas, em vigor no momento desta publicação:

Referências: adaptado de *International Committee of Medical Journals Editors (Vancouver)*.

Universidade de São Paulo. Faculdade de Medicina. Divisão de Biblioteca e Documentação. *Guia de apresentação de dissertações, teses e monografias*. Elaborado por Anneliese Carneiro da Cunha, Maria Julia de A. L. Freddi, Maria F. Crestana, Marinalva de Souza Aragão, Suely Campos Cardoso, Valéria Vilhena. 3ª ed. São Paulo: Divisão de Biblioteca e Documentação, 2011.

Abreviaturas dos títulos dos periódicos de acordo com *List of Journals Indexed in Index Medicus*.

Sumário

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACÕES	5
LISTA DE TABELAS	6
LISTA DE FIGURAS	7
RESUMO	8
ABSTRACT	9
1. INTRODUÇÃO:	10
ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL	13
PERSONALIDADE E MODELO DOS CINCO GRANDES FATORES	15
PERSONALIDADE E ADESÃO AO TRATAMENTO	17
2. JUSTIFICATIVA	20
3. HIPÓTESE:	21
4. OBJETIVOS:	22
4.1 OBJETIVO GERAL:	22
4.1 OBJETIVOS ESPECÍFICOS:	22
5. CASUÍSTICA E MÉTODOS	23
5.1 LOCAL DO ESTUDO	23
5.2 PERÍODO DA COLETA DE DADOS	23
5.3 TIPO DE ESTUDO.....	23
5.4 CRITÉRIOS DE INCLUSÃO	23
5.5 CRITÉRIOS DE EXCLUSÃO.....	23
5.6 PROCEDIMENTOS	24
5.7 ANÁLISE ESTATÍSTICA:	25
6. ASPECTOS ÉTICOS	26
7. RESULTADOS	27
7.1 ANÁLISE DESCRITIVA:.....	27
7.2 ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL.....	28
7.3 ANÁLISE DOS ITENS DA BFP.....	30
7.4 PREDITORES INDEPENDENTES PARA ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL.....	30
8. DISCUSSÃO	33
9. CONCLUSÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO	39
ANEXO A:	40
TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO HOSPITAL DAS CLÍNICAS.....	40
ANEXO B: TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO INSTITUTO DE INFECTOLOGIA EMÍLIO RIBAS.....	43
ANEXO C: QUESTIONÁRIO DE DADOS SÓCIO-DEMOGRÁFICOS E CLÍNICOS.....	46
ANEXO D: ALCOHOL, SMOKING AND SUBSTANCE INVOLVEMENT SCREENING TEST.....	47
ANEXO E: PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP	49
ANEXO F: EMENDA DA PLATAFORMA BRASIL	51
ANEXO G: TABELA 3	52
ANEXO H: TABELA 6.....	55
ANEXO I: FIGURAS	58
7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	59

LISTA DE SIGLAS E ABREVIACOES

AIDS: Acquired Immunodeficiency Syndrome

ASSIST: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

BFP: Bateria Fatorial de Personalidade

CEAT: Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral

CGF: Modelo dos Cinco Grandes Fatores

CAPPESQ: Comitê de Avaliao de tica em Pesquisa

CV: Carga viral

CROI: Conference on Retroviruses and Opportunistic Diseases

DSM-V: Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders

DP: Desvio Padrão

DST: Doenças Sexualmente Transmissíveis

FFM: Five Factor Model

IIER: Instituto de Infectologia Emílio Ribas

HCFMUSP: Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo

HIV: Vírus da Imunodeficiência Humana

HSH: Homens que fazem sexo com homens

OMS: Organizao Mundial de Saúde

PCAP: Pesquisa de Conhecimento, Atitudes e Práticas na Populao Brasileira

SUS: Sistema nico de Saúde

TARV: Terapia Antirretroviral

TCLE: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

UNAIDS: Joint United Nations Programme on HIV/aids

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Descrição das variáveis sócio-demográficas e clínicas e comparação entre os hospitais

Tabela 2: Fatores da BFP e comparação entre os hospitais

Tabela 3: Descrição das questões e comparação entre os hospitais

Tabela 4: Descrição das variáveis sócio-demográficas e clínicas e comparação por grupo de adesão

Tabela 5: Fatores da BFP e comparação por grupo de adesão

Tabela 6: Itens da BFP e comparação por grupo de adesão

Tabela 7: Itens da BFP de maior identificação dos pacientes

Tabela 8: Itens da BFP de menor identificação dos pacientes

Tabela 9: Resultado da regressão logística com os fatores principais da BFP

Tabela 10: Resultado da regressão logística com as subescalas da BFP

Tabela 11: Resultado da regressão logística com as questões da BFP

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Gráfico de qualidade de ajuste da Regressão da Tabela 9

Figura 2: Gráfico de qualidade de ajuste da Regressão da Tabela 10

Figura 3: Gráfico de qualidade de ajuste da Regressão da Tabela 11

RESUMO

Costa LMCBV. Características de personalidade e adesão ao tratamento em pacientes jovens portadores de HIV: estudo comparativo [Tese]. São Paulo: Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo; 2017.

Introdução: Os índices de contaminação pelo HIV entre jovens estão aumentando em todo o mundo, particularmente em países em desenvolvimento como o Brasil. As pessoas com 25 a 39 anos, de ambos os sexos, são a maioria dos casos de AIDS no país. A adesão ao tratamento antirretroviral tornou-se um novo desafio para as políticas de saúde pública na elaboração de estratégias específicas para a população jovem. **Objetivo:** Avaliar a relação entre adesão ao tratamento antirretroviral e características de personalidade em pacientes jovens portadores de HIV (18 a 32 anos) em dois hospitais universitários de referência. **Procedimentos:** A amostra foi composta por 61 pacientes que compareceram aos hospitais no período de um ano. Foi utilizado o questionário ASSIST para rastreio de abuso de substâncias, o Questionário para Avaliação ao Tratamento Antirretroviral para avaliar o grau de adesão ao tratamento e a Bateria Fatorial de Personalidade. **Resultados:** Não houve diferenças estatísticas significantes entre os pacientes dos hospitais em relação a adesão ao tratamento e características de personalidade, por isso foram agrupados numa única amostra. Os fatores de personalidade Realização, Empenho e Vulnerabilidade mostraram-se preditores independentes para adesão. **Conclusão:** Os resultados reforçam a necessidade de inclusão destes preditores na avaliação do paciente pela equipe de saúde antes do início do tratamento antirretroviral, no intuito de aumentar as chances de adesão adequada. Também enfatizam a importância do psicólogo como parte da equipe, visto que é possível modificar e ajustar as características de personalidade através de acompanhamento psicológico.

Descritores: HIV; adulto jovem; adesão ao tratamento; terapêutica; personalidade; terapia antirretroviral

ABSTRACT

Costa LMCBV. Personality characteristics and adherence to treatment in young patients with HIV: comparative study [Thesis]. São Paulo: "Faculdade de Medicina, Universidade de São Paulo"; 2017.

Introduction: Incidence rates of HIV infection among young people are increasing worldwide, particularly in developing countries like Brazil. Persons aged 25-39 years old, from both genders, make up the highest proportion of AIDS cases in the country. Adherence to treatment became a new challenge for the public policy of STD/AIDS developing specific strategies for young population. **Objective:** This study aimed to evaluate the association between personality characteristics and adherence to treatment in young HIV-positive patients (18 to 32 years old) in two university hospitals. **Methods:** The sample consisted of 61 patients that came to the services during a year. The ASSIST questionnaire was used to evaluate substance abuse, adherence to treatment was evaluated by the "Questionnaire to Evaluate Adherence to HIV Treatment" and we assessed personality characteristics by the Factorial Battery of Personality (FBP). **Results:** There was no statistically significant differences between the hospitals about adherence to antirretroviral therapy and FBP factors and the patients were grouped in one sample. Conscientiousness, Effort and Vulnerability factors were independently associated with good adherence to treatment. **Conclusion:** These results reinforce the need to include those predictors in the general evaluation of patients by the health care team before starting antirretroviral therapy to increase the chances of a good adherence. They also emphasize the importance of a psychologist as part of the team because it is possible to adjust and modify personality characteristics through counseling.

Descriptors: HIV; young adult; adherence to treatment; therapeutic; personality; antirretroviral therapy

1. INTRODUÇÃO:

A Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) foi primeiramente descrita em 1981, com seus primeiros casos no Estados Unidos. Até então, sabia-se apenas que a doença caracterizava-se por atacar o sistema imune do indivíduo, deixando-o bastante debilitado e suscetível a doenças oportunistas. A infecção passou a se disseminar rapidamente pelo mundo, principalmente na África e Haiti, e o grupo de pacientes mais atingido era o de homens homossexuais ou bissexuais. No Brasil, o Ministério da Saúde considera que o primeiro caso de AIDS tenha sido diagnosticado em 1982 (1, 2). Em 1984, o Instituto Pasteur na França juntamente com *National Institute for Health* nos Estados Unidos conseguiram isolar e caracterizar um retrovírus (HIV) como causador da AIDS. A partir de então diversos países passaram a desenvolver políticas públicas de saúde de prevenção a infecção pelo vírus, primeiramente para os pacientes que estivessem incluídos nos denominados “grupos de risco”: homens homossexuais, usuários de drogas injetáveis e profissionais do sexo. Esta denominação acabou por gerar muito preconceito e estigma em torno dos indivíduos classificados dentro dos grupos. Atualmente utiliza-se o conceito de “comportamento de risco”, visto que qualquer pessoa está suscetível a ser contaminada pelo vírus HIV se tiver relações sexuais desprotegidas com parceiro contaminado, por exemplo (3). Em 1987, foi criado o Programa de Global de AIDS pelos países membros da Organização Mundial de Saúde (OMS). Nesta época também surgiram os primeiros medicamentos para combater a infecção, através da chamada terapia antirretroviral, que contribuíram para o aumento da expectativa de vida dos pacientes contaminados, bem como melhora de sua saúde e diminuição da ocorrência de doenças oportunistas (4).

Atualmente, os índices de contaminação pelo HIV em pessoas jovens apresentam tendência de aumento no mundo todo, especialmente em países em desenvolvimento como o Brasil. Atualmente, de acordo com a UNAIDS (5, 6), estima-se que aproximadamente 37 milhões de pessoas vivam com HIV/aids, 15 milhões façam uso de tratamento antirretroviral e 1.2 milhões morreram por doenças relacionadas a infecção. Em relação ao último Boletim Epidemiológico Brasileiro HIV/aids (7) publicado em 2016, estima-se que 843 mil pessoas sejam portadores do vírus no país. Entre 1980 até junho de 2015, foram registrados em torno de 549 mil

casos de aids em homens e 294 mil em mulheres e foram identificados 303 mil óbitos por causa da doença.

A maior concentração dos casos de aids no país encontra-se nos indivíduos com idade entre 25 a 39 anos em ambos os sexos. Observa-se um aumento estatisticamente significativo da taxa de detecção entre homens com 15 a 19 anos, 20 a 24 anos e 60 anos ou mais nos últimos dez anos. Destaca-se o aumento de contaminação entre jovens de 15 a 24 anos: de 2006 para 2015 a taxa entre aqueles com 15 a 19 anos mais que triplicou (de 2,2 para 6,9 casos/100 mil hab) e dobrou entre jovens com 20 a 24 anos (de 16,2 para 33,1 casos/100 mil hab)(7).

A relação sexual permanece como principal meio de contaminação entre os jovens maiores de 13 anos, tanto em homens (92,9%) quanto em mulheres (82,2%). Entre os homens, observou-se um predomínio da categoria de exposição heterossexual. Porém, há uma tendência de aumento na proporção de casos em homens que fazem sexo com homens (HSH) nos últimos dez anos, que passou de 35,3% em 2006 para 45,4% em 2015. Em um levantamento realizado com 35 mil jovens entre 17 a 20 anos, foi constatado que, em cinco anos, a prevalência do HIV nessa população passou de 0,09% para 0,12%. A contaminação pelo HIV estava relacionada ao número de parceiros, a coinfeção com outras doenças sexualmente transmissíveis (DST) e às relações homossexuais masculinas. Constatou-se também que 97% sabiam que o melhor modo de prevenção a DST é o uso do preservativo (8). Na cidade de São Paulo, o número de casos de infecção triplicou em jovens do sexo masculino de 15 a 19 anos nos últimos dez anos (7). Portanto, os dados apontam que, embora os jovens tenham elevado conhecimento sobre prevenção da aids e outras doenças sexualmente transmissíveis, há tendência de crescimento da contaminação pelo HIV. Comparando-se as *Pesquisas de Conhecimentos, Atitudes e Práticas na População Brasileira* de 2004 e 2008, observa-se que o uso regular do preservativo tem se reduzido: o uso do preservativo com parceiros casuais nos últimos 12 meses caiu de 58,4% para 49,6% e seu uso com qualquer parceiro caiu de 39% para 32,6% (7). O uso inconsistente do preservativo é um comportamento presente em países com diferentes níveis de desenvolvimento, erroneamente interpretado como um sinal de intimidade e confiança entre os parceiros ou como vivência plena da liberdade de escolha individual (9).

O desenvolvimento de novas tecnologias e possibilidades na área da saúde trouxe avanço no tratamento e tem aumentado o tempo de sobrevivência de pacientes

com doenças crônicas, como a contaminação pelo HIV. Em 2016, A UNAIDS (6) propôs uma meta mundial a ser alcançada em 2020: 90% das pessoas vivendo com HIV/aids cientes de que possuem o vírus, 90% destas recebendo tratamento antirretroviral e 90% dos tratados mantendo sua carga viral indetectável. Em dezembro de 2013, o Brasil tornou-se o primeiro país em desenvolvimento e o terceiro do mundo a recomendar o início imediato do tratamento antirretroviral (TARV) para todas as pessoas portadoras do vírus, independentemente da contagem de células T CD4, considerando a motivação do paciente para início do tratamento. Tal medida foi tomada visando tornar-se uma importante ação de saúde pública para o controle da transmissão do vírus.

De fato, indivíduos infectados pelo HIV em TARV praticamente não transmitem sexualmente o vírus quando estão com níveis de carga viral (CV) plasmática abaixo do nível de detecção (7, 10). Em 2016, o estudo *PARTNER* (11) mostrou resultados bastante importantes relacionados as taxas de transmissão do HIV em parceiros sorodiscordantes que mantinham relações sexuais sem o uso de preservativo. O objetivo principal do estudo era avaliar quais os riscos de transmissão do vírus via sexo anal e vaginal quando o parceiro contaminado estava em tratamento, com a carga viral indetectável e a camisinha não era utilizada. Os dados foram coletados entre 2010 e 2014 em 75 centros de tratamento espalhados por 14 países europeus. Os participantes eram casais sorodiscordantes heterossexuais e homossexuais, que mantinham relações sexuais sem preservativo e não era permitido o uso de profilaxia pré ou pós exposição. A análise preliminar apresentada na *Conference on Retroviruses and Opportunistic Infections* (CROI) em 2014 foi baseada nos dados de 767 casais e demonstrou que nenhum parceiro com carga viral indetectável transmitiu HIV durante os primeiros dois anos do estudo. Uma vez que não havia grupo controle torna-se difícil saber quantas transmissões teriam ocorrido se o parceiro soropositivo não estivesse em tratamento nem com carga viral indetectável. Nesta fase, o estudo não pôde descartar o possível risco aumentado para o sexo anal receptivo comparado a outros tipo de sexo quando a carga viral está indetectável.

A publicação final dos resultados, em 2016, avaliou mais de 58.000 relações sexuais ocorridas sem o uso de preservativo. O total de casais que participaram de pelo menos uma visita de seguimento foi de 1004 e 888 casais (548 heterossexuais e 340 homossexuais) fizeram seguimento completo. As taxas de adesão ao tratamento eram

semelhantes em ambos os grupos (maior do que 90%) e durante o período de realização do estudo, houve apenas 11 contaminações pelo HIV. Essas contaminações não estavam geneticamente ligadas ao parceiro soropositivo com carga viral indetectável, ou seja, ocorreram através de relações sexuais com outros parceiros. O estudo apresentou uma série de limitações tais como o não alcance do número de participantes do cálculo amostral, não continuidade de participação de algumas pessoas, dentre outros. Porém, evidencia o fato de que o risco de transmissão do HIV pode ser bastante diminuído quando um dos parceiros for aderente ao tratamento e mantiver sua carga viral indetectável. A adesão ao tratamento ganha importância no cenário global de combate a infecção pelo HIV, demandando da comunidade científica estudos que possam avaliar profundamente os fatores sociais e psíquicos envolvidos numa adesão adequada e bem sucedida (10).

Adesão ao tratamento Antirretroviral

A adesão ao tratamento antirretroviral tornou-se um novo desafio para as políticas públicas de DST/aids e os serviços de saúde, principalmente entre os jovens, grupo de maior vulnerabilidade atualmente. Compreende-se por adesão não somente o seguimento estrito das orientações médicas pelo paciente, mas também sua compreensão e aceitação sobre o diagnóstico, a concordância com o tratamento, sua relação com a instituição e equipe que o acolhe e, por fim, a postura pessoal assumida ao lidar com sua saúde. Assim, adesão adquire um caráter dinâmico influenciado por múltiplos fatores (9, 12, 13).

Para a Organização Mundial da Saúde (OMS), o conceito de saúde não é apenas definido pela ausência de doenças, mas sim por um completo bem-estar físico, mental e social e a eficácia do tratamento está ligada a mudanças de comportamento por parte do indivíduo, que tem um papel ativo em seu estilo de vida e cuidados. O paciente que não apresenta seguimento no serviço de saúde e não toma adequadamente sua medicação contribui para a escape do HIV e posterior criação de cepas virais multirresistentes, por causa da quantidade inadequada de medicação na corrente sanguínea e mucosas. O vírus, resistente a medicação, causa falência terapêutica e surge a necessidade de trocar o antirretroviral utilizado por outro de pior classe ou com mais efeitos colaterais (14).

De acordo com o Manual de Adesão para pessoas vivendo com HIV/aids (15) o ideal é que a adesão seja igual ou maior que 95% das tomadas diárias de medicação.

Porém, diversos estudos apontam que manter uma adesão adequada não é algo simples, principalmente para os pacientes jovens, que se encontram imersos nas experiências e angústias inerentes a esta fase de vida (16, 17). Alguns fatores já conhecidos que prejudicam a adesão ao tratamento são a complexidade do regime terapêutico (número de comprimidos e tamanho, diferentes horários das doses, forma de armazenamento), efeitos colaterais da medicação, baixa escolaridade, habilidades cognitivas insuficientes para lidar com o tratamento, relação insatisfatória do usuário com equipe multidisciplinar, não aceitação do diagnóstico, crenças negativas e informações inadequadas a respeito da doença, ausência de suporte social e afetivo ou percepção de tal suporte como insuficiente, abuso de álcool e drogas e presença de transtornos mentais. Em relação aos fatores que podem influenciar a adesão adequada pode-se citar conhecimento e compreensão corretos sobre a enfermidade e tratamento, bom vínculo com a equipe e o serviço de saúde, participação de equipe multidisciplinar, parcerias com organizações da sociedade civil, apoio social e afetivo de qualidade (15, 18-22).

Diversos estudos na literatura avaliaram os fatores relacionados a adesão ao tratamento para HIV. Mills et al (23), em uma revisão sistemática da literatura, investigaram facilitadores e empecilhos a adesão a TARV em diferentes contextos sócioeconômicos. Verificou-se que o uso abusivo de substâncias psicoativas, medo de descoberta do diagnóstico, esquecimento e ausência de compreensão dos benefícios do tratamento apresentaram-se como barreiras a adesão em países desenvolvidos e em desenvolvimento. Limitações financeiras e dificuldades de acesso ao tratamento foram empecilhos a adesão nos países em desenvolvimento. Por outro lado, sentimentos de autovalorização, aceitação do diagnóstico e cuidados, estratégias para lidar com o esquecimento e compreensão da importância de manter níveis elevados de adesão foram facilitadores em ambas as realidades. Resende et al (24) avaliaram a adesão ao tratamento antirretroviral em 129 pacientes vivendo com HIV/aids atendidos pelo Sistema Único de Saúde (SUS) em Alfenas-SP. Os dados obtidos apontaram uma baixa adesão ao tratamento em 37,2% dos entrevistados. Pacientes do sexo masculino mostraram maiores percentuais em taxas de adesão estrita do que pacientes do sexo feminino. O estudo também mostrou associação entre grau de adesão e contagem de carga viral do HIV.

Estudos específicos sobre a população jovem com HIV indicaram que este grupo ainda apresenta baixos índices de diagnóstico e tratamento, comparado as demais faixas

etárias, enfatizando a vulnerabilidade do grupo (17). Os pacientes jovens apresentam especificidades desta faixa etária que devem ser levadas em consideração na avaliação de sua saúde como, por exemplo, a necessidade de autoafirmação e identificação com grupos e medo de não aceitação pelos mesmos, desejo de testar seus limites, inseguranças profissionais e psicológicas relacionadas a vida adulta, entre outros. Nesta população, a infecção pelo vírus mostrou-se associada ao envelhecimento precoce e ampliar a retenção destes pacientes nos serviços de saúde pode contribuir para melhor qualidade de vida, tornando necessária a compreensão sobre as variáveis particulares que influenciem a adesão nesta faixa etária (25, 26). Lambert et al (16) verificou que o paciente jovem preocupa-se bastante com sua imagem e em manter uma aparência saudável sugerindo que esta preocupação poderia se tornar motivadora para o sucesso terapêutico. Holloway et al (27) também verificou que o uso do aparelho celular poderia ser um instrumento poderoso na prevenção e manutenção do tratamento de homens jovens infectados. A compreensão os fatores individuais que influenciam a adesão no serviço de saúde possibilita ação rápida e direta, evitando as falhas terapêuticas e contribuindo para melhor prognóstico nesta população jovem que se apresenta no início da infecção. Portanto, fica cada vez mais evidente que a avaliação de características específicas de personalidade da população jovem pode ser a chave para o desenvolvimento de estratégias de saúde personalizadas para este grupo.

Personalidade e Modelo dos Cinco Grandes Fatores

Sigmund Freud foi, de fato, o primeiro pensador a desenvolver uma teoria moderna de personalidade, baseada em suas observações clínicas de atendimento em seu consultório. Posteriormente, muitos outros teóricos desenvolveram grandes teorias alternativas baseadas em seus pontos de vista e também em observações científicas. No entanto, os teóricos da Psicologia não entraram em consenso em relação a definição do conceito de personalidade (28). Apesar de não existir um conceito único e aceito por todos, a personalidade pode ser definida como um padrão de traços relativamente permanentes e características singulares que dão consistência e individualidade ao comportamento de uma pessoa. Um conjunto de pensamentos e ações que guiam a vida do indivíduo e estabelecem a forma pela qual este reage ao meio em que vive. Os traços de personalidade indicam padrões de sentimentos, pensamentos e ações e explicam a regularidade ou consistência de um comportamento (28-31).

Podemos destacar Allport(32) como um dos primeiros autores a utilizar o conceito de traço de personalidade, pois para ele cada indivíduo é único devido a uma configuração específica destes traços. Em 1937, define personalidade como uma “organização dinâmica dentro do indivíduo daqueles sistemas psicofísicos que determinam seus ajustes únicos a seu ambiente”. O autor transmitia a ideia de que o comportamento, além de adaptativo, também era expressivo. Sugeria que as pessoas possuem uma estrutura organizada e também a capacidade para mudá-la e adaptar-se. Para ele, os traços comuns dizem respeito as características gerais que muitas pessoas têm em comum. Estes traços podem ser inferidos por inventários de personalidade e também através de estudos analíticos de fatores, como a Teoria dos Cinco Grande Fatores(28).

O Modelo dos Cinco Grandes Fatores (CGF) ou *Five Factor Model* (FFM) propõe uma visão integrada da personalidade considerando disposição, características pessoais, história e contexto cultural em que o indivíduo está inserido. Desenvolvido por McCrae e Costa (33-38), o FFM agrupa características permanentes da personalidade e adaptativas que colaboram no ajuste individual para as constantes mudanças no ambiente social. Possibilitou a interpretação da personalidade com indicadores de emoções e de comportamento, observadas em diferentes culturas de uma forma estável e contínua e, ao longo dos anos, diversas pesquisas mostraram sua alta coerência e estabilidade (28, 30, 38, 39).

O modelo propõe que as pessoas possuem traços de personalidade considerados como predisposições a comportarem-se de determinado modo, agrupando-os em cinco grandes dimensões: *Socialização, Realização, Extroversão, Neuroticismo e Abertura*. O fator *Socialização* diz respeito a características de relacionamento interpessoal. Pessoas com alta pontuação em Socialização tendem a ser afetuosas, cooperativas, agradáveis e altruístas, preocupando-se com os outros e agindo de modo empático. As pessoas com baixos escores tendem a ser vingativas, manipuladoras, não cooperativas e irritáveis. O grau de organização, persistência, controle e motivação para atingir metas diz respeito ao fator *Realização*. Pessoas com altos escores neste fator tendem a ser confiáveis, pontuais, decididas, organizadas e perseverantes. Porém, as pessoas com baixos escores tendem a serem menos rígidas, sem clareza definida em seus objetivos, não confiáveis, descuidadas e negligentes. *Neuroticismo* diz respeito ao ajustamento e instabilidade emocional ao lidar com conflitos e desconfortos psicológico. Escores elevados neste

fator indicam tendência a ansiedade, depressão, preocupação, melancolia e baixa tolerância a frustração e autocrítica. Ao contrário, escores baixos em Neuroticismo, indicam pessoas calmas e estáveis emocionalmente. Porém, os autores sugerem que baixas médias em Neuroticismo não significam necessariamente saúde mental e que os extremos se revelam como problemas neste fator. O fator *Abertura* faz referência ao reconhecimento da importância de novas experiências e aos comportamentos exploratórios. Escores altos indicam curiosidade, imaginação e criatividade e também experimentação ampla das emoções. Baixos escores indicam tendência ao convencional, dogmas e rigidez, sendo pessoas conservadoras e menos responsivas emocionalmente. Por fim, o fator *Extroversão* diz respeito a interação com os pares, comunicação e atividade. Pessoas com altos escores neste fator tendem a ser ativas, sociáveis, falantes, otimistas e afetuosas. Baixos escores indicam pessoas mais reservadas, sóbrias, indiferentes e quietas (30).

No Brasil, a Bateria Fatorial de Personalidade (30) possui embasamento teórico no FFM e é um importante instrumento na avaliação de personalidade em pesquisa clínica, inclusive validado com outros testes de replicabilidade internacional (40). Por ser uma bateria bastante versátil e de amplo uso, diversos estudos evidenciaram a relação entre características de personalidade e stress, bem-estar, afetos negativos, depressão, percepção da dinâmica familiar, dentre outros (41-44).

Personalidade e Adesão ao tratamento

Axelsson et al (45) estudaram a influência da personalidade na adesão ao tratamento em pacientes com doenças crônicas. A análise estatística indicou que quanto maior o escore em Neuroticismo menor seria o grau de adesão. Os fatores Socialização e Realização foram correlacionados positivamente com adesão. Em outro estudo, os autores também avaliaram 268 jovens asmáticos para verificar a relação entre traços de personalidade, controle de asma, qualidade de vida e adesão ao tratamento. A Afetividade Negativa (faceta do fator Neuroticismo) e a Impulsividade (faceta do fator Realização) correlacionaram-se negativamente com o controle da asma. A impulsividade também foi correlacionada negativamente com adesão em pacientes com uso de medicação constante. A Capacidade Hedônica (faceta do fator Extroversão) mostrou-se correlacionada com o controle da doença em mulheres (46).

Dobbles et al (47), num estudo com pacientes em lista de espera para transplantes, verificaram que baixas pontuações no fator Realização indicavam não adesão a terapia imunossupressora menos de um ano após a cirurgia. O fator Realização foi considerado um preditor independente para não adesão a medicação. Em outro estudo, Jerant et al (48) verificaram que o fator Neuroticismo estava associado a não adesão ao programa medicamentoso para prevenção de demência em idosos.

Atualmente, não existem muitos trabalhos na literatura com foco em características de personalidade e adesão em pacientes jovens, principalmente portadores de HIV. Souza (49) realizou um estudo do tipo caso-controle com 66 pacientes no intuito de avaliar fatores de personalidade que interferem na não adesão a TARV. Os fatores foram avaliados por meio de dois testes psicológicos: Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo e Figuras Complexas de Rey. O autor não conseguiu encontrar diferenças estatisticamente significantes entre os dois grupos, sugerindo que mais estudos fossem conduzidos devido a importância do tema para a saúde pública no Brasil. Srivastava et al (50) buscou identificar traços de personalidade em pacientes alcoólatras e portadores de HIV, comparando-os com um grupo controle. Foram encontradas diferenças estatísticas significativas entre os dois grupos em todos os cinco fatores avaliados. O grupo clínico obteve pontuação maior no fator *Neuroticismo*, que revelou-se um fator de risco para dependência de álcool. O grupo controle obteve maior pontuação no fator *Extroversão*. A análise de regressão logística revelou que altas pontuações em *Neuroticismo* e baixa pontuação em *Abertura* estão associadas a dependência de álcool. A Depressão é apontada como um dos principais diagnósticos psiquiátricos concomitantes a infecção pelo HIV, exercendo forte influência na adesão ao tratamento dos pacientes. As taxas de prevalência de depressão variam de 12% a 66% e o transtorno não é diagnosticado em aproximadamente 50% dos pacientes infectados. A confirmação do diagnóstico traz questões relacionadas a insegurança sobre sua saúde e vínculos sociais e afetivos, medo do preconceito, mudança de estilo de vida, visitas mais frequentes aos centros de saúde, tomada de medicação diária, dentre outros. Todos estes aspectos contribuem para o aumento da fragilidade e instabilidade emocional que, quando não avaliadas, poderão exercer influência negativa no modo como seguirá seu tratamento (51-56).

Diante da realidade de aumento da contaminação pelo HIV em jovens, é importante o desenvolvimento de pesquisas e ações que considerem as características de

personalidade envolvidas e estimulem a adesão, principalmente no paciente que ainda está no início da infecção (17). O planejamento de estratégias adequadas e individualizadas de avaliação, atendimento eficaz e a execução de medidas terapêuticas e de reabilitação melhora a qualidade de vida do indivíduo atenuando, ou até revertendo, alguns prejuízos psicológicos. O grande diferencial deste estudo é ampliar o olhar sobre o grupo jovem de maior vulnerabilidade e bastante refratário a medidas preventivas, buscando encontrar fatores ainda desconhecidos ou pouco explorados pela literatura atual que influenciem o sucesso no tratamento. A elaboração de estratégias preventivas focadas e individualizadas, principalmente em centros com elevada demanda de atendimento em saúde, melhora a qualidade de vida dos pacientes jovens e aumenta as chances de sucesso terapêutico, consequentemente contribuindo para a diminuição dos índices de transmissão na população geral (31, 57, 58).

2. JUSTIFICATIVA

O número de indivíduos jovens infectados pelo HIV no Brasil apresenta tendência de aumento, com elevada incidência na população jovem, em particular nos homens de idade até 29 anos. Diante de novas diretrizes em saúde pública como a meta 90-90-90 da UNAIDS e a indicação imediata de tratamento antirretroviral para os novos infectados, surge a necessidade de pesquisas que auxiliem na compreensão dos fenômenos psíquicos envolvidos na adesão ao tratamento antirretroviral. Quanto mais precoce for a detecção de possíveis empecilhos a retenção no serviço de saúde e adesão adequada, maiores serão os benefícios tanto de ordem individual quanto social. O sucesso terapêutico, visando a diminuição da carga viral destes pacientes jovens, promove melhoria no quadro clínico e psicológico do indivíduo, ao mesmo tempo em que contribui para a queda dos índices gerais de contaminação. Visto que existem poucos estudos na literatura focados especificamente em características de personalidade dos pacientes jovens portadores de HIV, esta pesquisa pôde contribuir para a ampliação do olhar sobre adesão e apontar fatores que deveriam ser considerados na avaliação inicial destes pacientes (7, 16, 17, 26, 27, 59).

Esta tese de doutorado deriva da dissertação de mestrado realizada com pacientes pertencentes ao ambulatório ADEE 3002, do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP). A prevalência de adesão ao tratamento encontrada no grupo foi de 70% e a análise dos dados indicou que os fatores de personalidade preditores independentes para adesão a TARV foram Realização e Ponderação. Tais resultados reforçaram a necessidade de inclusão destes aspectos na avaliação realizada pela equipe de saúde ao paciente jovem, principal grupo vulnerável atualmente (60).

Os pacientes da coorte ADEE 3002 são encaminhados pelo Hemocentro de São Paulo, localizado no mesmo hospital, possuem alto nível de escolaridade e apresentaram altos índices de adesão. Estas características tornam a amostra bastante específica e diferenciada. Foi sugerido, pela banca de avaliação, que a pesquisa fosse ampliada para outro centro de saúde que atendesse uma população com características mais heterogêneas (pacientes encaminhados de locais diferentes da cidade, nível socioeconômico e escolaridade variados, etc). Optou-se, então, pelo Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER) para ser o novo centro de coleta de dados, por atender pacientes encaminhados de diversos locais da cidade.

3. HIPÓTESE:

A adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes adultos jovens portadores de HIV (18 a 32 anos), provenientes de diferentes hospitais, é influenciada por características de personalidade dos mesmos.

4. OBJETIVOS:

4.1 Objetivo Geral:

Avaliar a relação entre adesão a TARV e características de personalidade em pacientes adultos jovens (idade entre 18 e 32 anos) provenientes de dois hospitais universitários diferentes e referência em tratamento de pacientes com hiv/AIDS da cidade de São Paulo.

4.1 Objetivos Específicos:

1. Avaliar o grau de adesão ao tratamento antirretroviral.
2. Avaliar os traços de personalidade.
3. Avaliar a existência de associação entre adesão ao tratamento e características sócio-demográficas e de personalidade.
5. Identificar preditores independentes para adesão ao tratamento antirretroviral.

5. CASUÍSTICA E MÉTODOS

5.1 Local do estudo

Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo (HCFMUSP) e Instituto de Infectologia Emílio Ribas (IIER). O HCFMUSP recebe pacientes provenientes do Hemocentro de São Paulo, já o IIER é um centro de referência em tratamento de doenças infecciosas recebendo pacientes de diversos locais da cidade. Apesar das diferenças sócio-demográficas entre as populações atendidas, ambos os hospitais oferecem atendimento integral ao pacientes através de equipe multidisciplinar.

5.2 Período da coleta de dados

Maio/2015 – Março/2016

5.3 Tipo de estudo

Estudo transversal, de abordagem quantitativa, com coleta de dados mista e eixo analítico prospectivo.

5.4 Critérios de inclusão

- Pacientes portadores do vírus HIV.
- Idade entre 18 e 32 anos.
- Uso de medicação antirretroviral.
- Escolaridade mínima de quatro anos.

5.5 Critérios de exclusão

- Incapacidade para compreender os conteúdos necessários para a avaliação e aplicação dos testes.
- Diagnóstico concomitante de doenças neurológicas oportunistas em atividade.
- Pacientes coinfectados com HTLV e hepatites B e C.
- Uso de substâncias psicoativas no presente.
- Ausência de consentimento para participar do estudo.

5.6 Procedimentos

Após assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (anexo A e B) as informações sócio-demográficas e clínicas foram obtidas por meio de um questionário estruturado (anexo C) e depois foram aplicados os instrumentos de pesquisa.

Para rastreio e avaliação do uso de substâncias psicoativas foi utilizado o teste de triagem do envolvimento com álcool, tabaco e outras substâncias ASSIST (Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test (anexo D). O teste é composto por oito questões sobre o uso de substâncias psicoativas que abordam a frequência e problemas relacionados ao uso, preocupação de pessoas próximas ao usuário, prejuízo na execução de tarefas, tentativas mal sucedidas de cessar ou reduzir o uso, sentimento de compulsão, entre outros (61).

A avaliação de adesão ao tratamento foi realizada pela aplicação do “Cuestionario para Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antirretroviral”, traduzido, adaptado e validado para a língua e população brasileira (62, 63). É um instrumento autoinforme, composto por vinte perguntas, que possui caráter multidimensional, pois avalia os principais fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento. As seguintes faixas de pontuação foram consideradas: baixa adesão (pontuação total menor ou igual a 74); boa adesão (pontuação total entre 75 e 79) e adesão estrita (pontuação maior ou igual a 80).

Para avaliação de personalidade foi utilizada a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP), um instrumento psicológico construído a partir do modelo dos Cinco Grandes Fatores, que inclui as dimensões Extroversão, Socialização, Realização, Neuroticismo e a Abertura (30). A bateria foi desenvolvida no Brasil, considerando valores culturais, diversidades regionais e especificidades dos quadros clínicos na nossa realidade. É composta por frases avaliadas por uma escala tipo Likert de sete pontos, que indica o nível de identificação das pessoas com características descritas nas mesmas. Dezoito estudos independentes compuseram a análise da dimensionalidade da BFP, totalizando dados de 6.599 pessoas em todo o Brasil. Em relação a confiabilidade do questionário, a precisão medida por *Alfa de Cronbach* para cada um dos itens principais foi a seguinte: Neuroticismo – 0,89; Extroversão – 0,84; Socialização – 0,85; Realização – 0,83 e Abertura – 0,74.

Os itens avaliados pela Bateria Fatorial de Personalidade são:

Neuroticismo	Abertura	Socialização	Realização	Extroversão
• Vulnerabilidade	• Abertura a ideias	• Amabilidade	• Competência	• Nível de Comunicação
• Instabilidade	• Liberalismo	• Pró-sociabilidade	• Ponderação	• Altivez
• Passividade	• Busca/novidades	• Confiança	• Empenho	• Dinamismo/Assertividade
• Depressão				• Interações Sociais

5.7 Análise estatística:

Optou-se por realizar um estudo piloto com 43 pacientes, provenientes do HCFMUSP, para cálculo de tamanho amostral. Foi utilizado o teste ANOVA (64, 65), com nível de confiança de 95%, poder do teste de 80% e desvio padrão de 0,83 (obtido através do pior valor da escala de Realização gerando o maior tamanho amostral possível). De acordo com este cálculo, 60 pacientes foram elegíveis para o estudo.

Realizou-se uma comparação de amostras dos hospitais, no intuito de avaliar se deveriam ser analisadas separadamente ou se poderiam ser agrupadas. A análise estatística foi dividida em três módulos: análise descritiva, análise bivariada e regressão logística. A análise descritiva foi realizada por medidas usuais como média e desvio padrão, mediana e mínimo e máximo (66, 67). Para a análise de preditores independentes para adesão ao tratamento foi realizado um modelo de regressão logística através do método *backward* com critério de saída de 0,10 e também foi feito gráfico de envelope para verificar a qualidade de ajuste do modelo final (anexo I). O primeiro modelo de regressão (tabela 9) incluiu as variáveis carga viral, hospital, gênero, idade e todas as escalas principais da BFP. O segundo modelo (tabela 10) incluiu carga viral, hospital, gênero e idade e todas as subescalas da BFP. Já o terceiro modelo (tabela 11) de regressão logística hospital, carga viral, gênero, idade e as questões da BFP que tiveram p valor < 0,10.

6. ASPECTOS ÉTICOS

Os dados dos pacientes provenientes do ambulatório ADEE 3002 foram coletados durante a realização de pesquisa de mestrado, que foi submetida a avaliação e aprovação da Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa (Cappesq) sob registro online 11435 e número do parecer 673.917 (anexo E) .

Elaborou-se uma emenda (anexo F) no estudo anterior que foi novamente submetido a Cappesq para inclusão do Instituto de Infectologia Emílio Ribas como novo centro de coleta. Nesta nova fase de pesquisa incluiu-se a parceria do infectologista Dr. Augusto C. Penalva de Oliveira e da psicóloga Dra. Maria Rita Polo Gascón, ambos pesquisadores do IIER.

O anonimato dos participantes e o sigilo em relação aos dados coletados foram mantidos e todos aqueles que necessitaram de atendimento mais específico foram encaminhados para profissional especialista da equipe de saúde.

7. RESULTADOS

7.1 *Análise descritiva:*

A amostra total foi formada por 63 pacientes provenientes de dois hospitais universitários diferentes. A amostra HCFMUSP foi composta por 47 pacientes (6 mulheres e 41 homens), idade média de 26 anos e escolaridade média de 11 anos. A amostra IERR foi composta por 16 pacientes (10 mulheres e 6 homens), idade média de 25 anos e escolaridade média de 12 anos. Os pacientes dos hospitais apresentaram diferenças significantes em relação as variáveis gênero, nível educacional, tempo de infecção e mecanismo de transmissão.

Tabela 1: Descrição das variáveis sócio-demográficas e clínicas e comparação entre os hospitais

VARIÁVEL	GERAL	IERR	HC	TESTE	P valor
Mulheres	16	10	6	*	<0,0001
Homens	47	6	41		
Idade (anos)	27	25	26	**	0,155
Nível Educacional (anos)	11	12	11	***	<0,0001
Tempo de infecção (anos)	6	15	4	***	<0,0001
Mec. Trans. Desconhecido	4	0	4	*	<0,0001
Mec. Trans. Sexual	49	6	43		
Mec. Trans. Vertical	10	10	0		
CV indetectável	41	8	33	*	0,22
CV detectável	22	8	14		
Boa/estrita adesão	47	13	34	*	0,74
Baixa adesão	16	3	13		

*Fisher/ **T/ ***Mann-Whitney

As variáveis grau de adesão ao tratamento e características de personalidade (tabela 1 e 2) não apresentaram diferenças estatísticas significantes entre os hospitais, exceto a subescala E1-Nível de Comunicação. Apesar das diferenças sócio-demográficas apresentadas pelos os pacientes, o local de tratamento não influenciou o modo como se comportavam em relação a adesão. Portanto, optou-se por reuni-los em uma única amostra para as demais análises estatísticas. Esta escolha foi reforçada, posteriormente, pelos testes de regressão logística, que incluíram a variável hospital, e esta não se mostrou preditora independente para adesão ao tratamento.

Tabela 2: Fatores da BFP e comparação entre os hospitais.

FATOR	GERAL (média/DP)	IIER (média/DP)	HC (média/DP)	TESTE	P valor
NEUROTICISMO	3,67 (1)	3,87 (0,65)	3,72 (1,46)	*	0,54
VULNERABILIDADE	3,79 (1,41)	4,01 (1,25)	4,26 (1,4)	**	0,45
INSTABILIDADE	4,26 (1,31)	4,28 (1,03)	3,73 (1,45)	**	0,95
PASSIVIDADE	3,88 (1,35)	4,33 (0,94)	2,77 (1,35)	**	0,06
DEPRESSÃO	2,79 (1,24)	2,86 (0,85)	4,83 (0,89)	*	0,48
EXTROVERSÃO	4,69 (0,97)	4,27 (1,12)	4,45 (1,25)	*	0,08
NIVEL COMUNICACAO	4,24 (1,26)	3,62 (1,13)	4,36 (1,06)	*	0,02
ALTIVEZ	4,26 (1,16)	3,95 (1,39)	5,12 (1,2)	**	0,29
DINAMISMO	5,01 (1,2)	4,67 (1,16)	5,36 (1,07)	*	0,22
INTERAÇÕES SOCIAIS	5,23 (1,12)	4,82 (1,2)	5,15 (0,63)	**	0,12
SOCIALIZAÇÃO	5,14 (0,67)	5,12 (0,8)	5,89 (0,64)	*	0,89
AMABILIDADE	5,86 (0,67)	5,77 (0,77)	5,26 (1,11)	**	0,63
PRÓ SOCIABILIDADE	5,24 (1,25)	5,17 (1,63)	4,28 (1,03)	*	0,77
CONFIANÇA	4,23 (1,07)	4,06 (1,18)	5,16 (0,69)	*	0,51
REALIZAÇÃO SCORE BRUTO	5,16 (0,76)	5,15 (0,94)	5,46 (0,95)	**	0,96
COMPETÊNCIA	5,38 (0,92)	5,12 (0,79)	4,7 (1,39)	**	0,16
PONDERAÇÃO	4,75 (1,4)	4,91 (1,49)	5,31 (0,88)	*	0,39
EMPENHO	5,33 (0,95)	5,4 (1,16)	5,08 (0,82)	*	0,76
ABERTURA	5,07 (0,79)	5,02 (0,73)	5,14 (1,05)	*	0,77
ABERTURA A IDEIAS	5,07 (1,06)	4,85 (1,08)	5,31 (0,91)	**	0,35
LIBERALISMO	5,31 (0,94)	5,3 (1,06)	4,85 (1,07)	*	0,98
BUSCA NOVIDADES	4,86 (1,02)	4,91 (0,9)	3,72 (1,46)	*	0,83

*T/ **Mann-Whitney

Em relação a distribuição de pontuação para as 126 frases da BFP (tabela 3, Anexo G) somente 4 itens apresentaram diferença significativa entre os dois hospitais: item 5 (“Falo tudo o que penso”), item 11 (“Divirto-me quando estou entre muitas pessoas”), item 38 (“Sou uma pessoa tímida”), item 71 (“Envolver-me rapidamente com os outros”), item 95 (“Tenho dificuldade para terminar as tarefas, pois me distraio com outras coisas) e item 111 (“Quando estou entre um grupo, gosto que me deem atenção”).

7.2 Adesão ao tratamento antirretroviral

Os pacientes que apresentaram boa e estrita adesão foram agrupados, pois o índice de adesão assumido em ambos os ambulatório é igual ou maior a 75% das tomadas diárias. Sendo assim, 47 pacientes apresentaram boa/estrita adesão (37 homens e 10 mulheres) e 16 demonstraram baixa adesão (10 homens e 6 mulheres). Os grupos não apresentaram diferenças significativas em relação a gênero, idade, nível educacional, tempo de infecção, mecanismos de transmissão ou carga viral.

Tabela 4: Descrição das variáveis sócio-demográficas e clínicas e comparação por grupo de adesão

VARIÁVEL	BOA ADESÃO/ESTRITA	BAIXA ADESÃO	TESTE	P-valor
Mulheres	10	6	*	0,31
Homens	37	10	**	0,34
Idade (anos)	25	26	**	0,34
Tempo de infecção (anos)	6	9	***	0,24
Nível Educacional (anos)	11	10	***	0,38
Mec. Transmissão desconhecido	2	2	**	0,37
Mec. Transmissão sexual	38	11		
Mec. Transmissão vertical	7	3		
CV indetectável	33	8	**	0,22
CV detectável	14	8		

*Fisher/ **T/ ***Mann-Whitney

Em relação aos fatores de personalidade, os pacientes do grupo aderente mostraram médias significativamente maiores nos itens Realização e Ponderação, comparadas as médias dos pacientes não aderentes.

Tabela 5: Fatores da BFP e comparação por grupo de adesão

FATOR	BOA/ESTRITA ADESÃO (média/DP)	BAIXA ADESÃO (média/DP)	TESTE	P valor
NEUROTICISMO	3,72 (1,03)	3,53 (0,93)	*	0,50
VULNERABILIDADE	4 (1,34)	3,19 (1,46)	*	0,06
INSTABILIDADE	4,25 (1,35)	4,29 (1,2)	*	0,91
PASSIVIDADE	3,88 (1,2)	3,89 (1,77)	*	0,98
DEPRESSÃO	2,8 (1,28)	2,77 (1,14)	*	0,91
EXTROVERSÃO	4,62 (1,06)	4,87 (0,66)	**	0,36
NIVEL COMUNICACAO	4,19 (1,35)	4,36 (1)	**	0,52
ALTIVEZ	4,21 (1,2)	4,4 (1,03)	*	0,54
DINAMISMO	4,94 (1,26)	5,22 (0,99)	**	0,35
INTERAÇÕES SOCIAIS	5,14 (1,18)	5,49 (0,91)	*	0,22
SOCIALIZAÇÃO	5,18 (0,56)	5 (0,93)	*	0,46
AMABILIDADE	5,91 (0,66)	5,71 (0,7)	**	0,18
PRÓ SOCIABILIDADE	5,33 (1,23)	4,99 (1,3)	**	0,34
CONFIANÇA	4,2 (0,99)	4,3 (1,29)	*	0,79
REALIZAÇÃO ESCORE BRUTO	5,29 (0,66)	4,76 (0,9)	*	0,04
COMPETÊNCIA	5,39 (0,87)	5,33 (1,07)	*	0,83
PONDERAÇÃO	5,01 (1,28)	4,02 (1,53)	**	0,01
EMPENHO	5,46 (0,85)	4,95 (1,14)	*	0,11
ABERTURA	5,11 (0,66)	4,95 (1,12)	*	0,59
ABERTURA A IDEIAS	5,1 (1,03)	4,99 (1,18)	*	0,76
LIBERALISMO	5,31 (0,92)	5,31 (1,04)	*	0,98
BUSCA NOVIDADES	4,93 (0,91)	4,65 (1,32)	*	0,42

*Fisher/ **T/ ***Mann-Whitney

7.3 Análise dos itens da BFP

Sobre as pontuações atribuídas pelos pacientes aos 126 itens da bateria de personalidade (tabela 6, Anexo H) os grupos boa/estrita adesão e baixa adesão diferem em relação aos seguintes itens: 104 (“Importo-me com os sentimentos dos outros”), 109 (“Respeito autoridades”), 112 (“Meus amigos me dizem que eu trabalho/estudo demais”) e 126 (“Sou disposto a rever meu posicionamento sobre diferentes assuntos”).

Os itens da bateria para os quais os pacientes atribuíram maior pontuação (média>6) foram Q2, Q4, Q12, Q34, Q46, Q49, Q54 e Q61, Q83, Q104 e Q109 (tabela 7). Os itens com menor pontuação atribuída (média<2) foram Q62 e Q87 (tabela 8).

Tabela 7: Itens da BFP de maior identificação dos pacientes

ITEM	DESCRIÇÃO	FATOR AVALIADO
Q2	Tento fazer com que as pessoas se sintam bem.	Amabilidade
Q4	Tenho um “coração mole”.	Amabilidade
Q12	Respeito os sentimentos alheios.	Amabilidade
Q34	Dedico-me muito para fazer bem as coisas.	Empenho
Q46	Sinto-me mal se não cumpro algo que prometi.	Amabilidade
Q49	Gosto de ir a lugares que não conheço.	Busca por novidades
Q54	Me esforço para ter destaque na escola ou no trabalho.	Empenho
Q61	Tento incentivar as pessoas.	Amabilidade
Q83	Sou capaz de assumir tarefas importantes.	Competência
Q104	Importo-me com os sentimentos dos outros.	Amabilidade
Q109	Respeito autoridades.	Pró-sociabilidade

Tabela 8: Itens da BFP de menor identificação dos pacientes

ITEM	DESCRIÇÃO	FATOR AVALIADO
Q62	Sou uma pessoa com pouca imaginação.	Abertura a ideias
Q87	Costumo enganar as pessoas.	Pró-sociabilidade

7.4 Preditores independentes para adesão ao tratamento antirretroviral

O primeiro modelo de regressão logística (Tabela 9, Figura 1, Anexo I) foi o resultado da seleção das variáveis hospital, carga viral, gênero, idade e todas os fatores principais da BFP. O modelo final permaneceu com a escala de Realização e a interação

entre carga viral e idade do paciente. A cada 1 ponto aumentado na escala Realização sugere-se um aumento de 238% na chance de o paciente apresentar boa ou estrita adesão. Em relação aos pacientes com carga viral detectável, cada 1 ano de aumento na idade sugere uma diminuição de 21% na chance de apresentar adesão boa ou estrita.

Tabela 9: Resultado da regressão logística com os fatores principais da BFP.

	Estimativa	Erro Padrão	Razão de Chance	Intervalo de Confiança 95%		p-valor
				Lim Inferior	Lim Superior	
INTERCEPTO	0.13	3.03	1.1431	0.0030	435.62	0.96
REALIZAÇÃO	1.22	0.50	3.3789	1.2734	8.9657	0.01
IDADE:(CARGA VIRAL INDETECTÁVEL)	-0.18	0.10	0.8347	0.6806	1.0237	0.08
IDADE:(CARGA VIRAL DETECTÁVEL)	-0.23	0.12	0.7909	0.6280	0.9961	0.04

O segundo modelo de regressão logística foi o resultado da seleção entre as variáveis hospital, carga viral, gênero, idade e todas as subescalas da BFP (tabela 10, Figura 2, Anexo I). As subescalas Empenho e Vulnerabilidade permaneceram no modelo final. Sendo assim, a cada 1 ponto aumentado na subescala Empenho sugere-se um aumento de 125% na chance do paciente apresentar adesão boa/estrita. Em relação a subescala Vulnerabilidade, a cada 1 ponto aumentado sugere-se um aumento de 80% na chance do paciente apresentar adesão boa ou estrita.

Tabela 10: Resultado da regressão logística com as subescalas da BFP.

	Estimativa	Erro Padrão	Razão de Chance	Intervalo de Confiança 95%		p-valor
				Lim Inf	Lim Sup	
INTERCEPTO	-5.32	2.33	0.0049	0.0001	0.4734	0.02
N1 VULNERABILIDADE	0.60	0.25	1.8164	1.1026	2.9922	0.02
R3 EMPENHO	0.81	0.36	2.2520	1.1150	4.5486	0.02

O terceiro modelo de regressão logística (tabela 11, Figura 3, Anexo I) corresponde a seleção entre as variáveis: hospital, carga viral, gênero, idade e as questões que tiveram p valor < 0,10 na tabela 6 (Q1, Q25, Q51, Q83, Q101, Q104, Q109, Q112 e Q126). O modelo final permaneceu com as questões Q109 (“Respeito autoridades”) e Q112 (“Meus amigos dizem que eu trabalho/estudo demais”), além da

interação entre idade e carga viral (tabela 9). A cada 1 ponto na questão Q109 temos um aumento de 212% na chance do paciente apresentar adesão boa/estrita e a cada 1 ponto na questão Q112 temos um aumento de 114% na chance do paciente ter adesão boa/estrita. Os pacientes mais velhos mostraram-se menos aderentes, não importando se possuem carga viral detectável ou não.

Tabela 11: Resultado da regressão logística com as questões da BFP.

	Estimativa	Erro Padrão	Razão de Chance	IC 95%		p-valor
				Lim Inf	Lim Sup	
INTERCEPTO	-0.21	3.53	0.8139	0.0008	824.99	0.95
Q109	1.14	0.35	3.1280	1.5616	6.2658	0.001
Q112	0.76	0.26	2.1478	1.2918	3.5710	0.003
IDADE:(CARGA VIRAL DETECTÁVEL)	-0.30	0.14	0.7394	0.5581	0.9794	0.03
IDADE:(CARGA VIRAL INDETECTÁVEL)	-0.37	0.17	0.6889	0.4958	0.96	0.02

8. DISCUSSÃO

Visto que a proposição inicial deste estudo era comparar os grupos de pacientes separadamente realizou-se uma análise das variáveis sócio-demográficas e clínicas com a finalidade de verificar a existência de diferenças estatísticas significantes entre os hospitais. As variáveis que mostraram-se estatisticamente diferentes foram gênero (maior presença de mulheres no IERR), mecanismo de transmissão (maioria sexual no HCFMUSP e maioria vertical no IERR), tempo de infecção (média de 15 anos no IERR e 4 anos no HCFMUSP) e nível educacional (média de 12 anos de escolaridade no IERR e 11 anos no HCFMUSP). Em relação aos fatores e itens da BFP somente a escala Nível de Comunicação e as questões 11, 38, 71, 95 e 97 e apresentaram diferenças. Apesar de diferenças sócio-demográficas importantes, a variável hospital não influenciou o modo como os pacientes se comportavam em relação a adesão ao tratamento. Diante destes resultados, optou-se por reuni-los em uma única amostra para as demais análises, modificando-se a ideia inicial. A assertividade da escolha foi, posteriormente, reforçada através dos resultados da regressão logística, que não evidenciaram o local de atendimento como preditor para adesão.

Diversas pesquisas foram realizadas para identificar fatores de risco de baixa adesão ao tratamento em pacientes portadores de HIV, porém poucos estudos como este focaram na população jovem contaminada e em características de personalidade. Pode-se citar alguns fatores amplamente conhecidos na literatura que influenciam boa adesão como compreensão correta sobre a doença e tratamento, bom vínculo com a equipe de saúde, participação de equipe multidisciplinar, apoio social e afetivo de qualidade. Em contrapartida, os fatores que dificultam a adesão são pertencer ao gênero feminino, possuir baixa escolaridade, ter menos de 40 anos, ausência de suporte social e afetivo, relação insatisfatória com a equipe de saúde, informações inadequadas a respeito da doença e uso de drogas ilícitas. Alguns autores realizaram pesquisas priorizando características sócio-demográficas, qualidade de vida e transtornos psiquiátricos, porém faz-se necessária a ampliação do olhar sobre os aspectos subjetivos dos pacientes jovens (14-17, 21-23, 25, 27, 54, 59, 62, 63, 68-71).

Neste estudo, não foi encontrada diferença significativa na adesão de homens e mulheres ou relacionada a diferentes níveis educacionais ou idade, fato que não corrobora os resultados encontrados na literatura (54, 68-70). Os pacientes do ambulatório ADEE 3002 são avaliados constantemente pelos profissionais da equipe de

saúde e pode-se afirmar que 70% da coorte adere de modo estrito ou adequado (72). Quando agrupados, os pacientes do HCFMUSP e IERR possuem taxa de adesão de 75%, valor bastante alto comparado a outros centros de saúde no país, com média nacional em torno de 34,4% (73). Visto que a amostra apresentou alto grau de adesão e nível educacional elevado não foi possível a comparação com índices relativamente piores e, talvez por isso, nossos resultados foram diferentes dos encontrados na literatura.

Knoll et al (73), ao entrevistar pacientes portadores de HIV em um centro de saúde de Santa Catarina, concluiu que a adesão ao tratamento deve ser avaliada através de três prismas: contexto da pessoa, serviço de saúde e tratamento medicamentoso. A categoria “contexto da pessoa” englobou aspectos relacionados ao entendimento da doença, rede de apoio informal, vida e rotina demonstrando interferência na adesão ao tratamento. “Serviço de saúde” estava associado as atividades oferecidas pelo serviço e aspectos do relacionamento com a equipe e “tratamento medicamentoso” foi relacionado aos efeitos adversos e quantidade da medicação. Em concordância com este estudo, as equipes multidisciplinares dos hospitais avaliados são formadas por médicos, psicólogos, nutricionistas, farmacêuticos, enfermeiros e todos os pacientes recebem suporte completo e adequado desde a primeira consulta. Os pacientes são tratados de modo integral, respeitoso, preservando seu sigilo e a boa relação com a equipe, não focalizando apenas na melhora de seu quadro clínico. Portanto, nosso estudo também evidencia a possibilidade de que uma alta complexidade da equipe de saúde possa contribuir para melhor qualidade no atendimento, proporcionando condições para adesão adequada na amostra como um todo (14, 72, 73).

O sucesso do tratamento não se restringe apenas a compreensão e seguimento das orientações da equipe ou simplesmente a ingestão de medicação por parte do paciente. Também diz respeito ao comprometimento com sua saúde e seu preparo para o seguimento, ambos influenciados por características individuais de personalidade. Comparando-se as escalas e subescalas da Bateria Fatorial de Personalidade e os dois grupos de adesão ao tratamento, o fator Realização mostrou-se associado a boa adesão e preditor independente para a mesma, corroborando os resultados encontrados na literatura (30, 45, 46). Na prática, o paciente que não possui adequada capacidade de organização, disciplina e clareza em relação aos objetivos do tratamento tende a ser menos aderente. Deste modo, as características de personalidade relacionadas ao fator

Realização podem influenciar a baixa adesão ao tratamento, mesmo quando todos os outros aspectos facilitadores apontados pela literatura estão presentes (14, 15, 18, 68).

O fator Empenho também apresentou-se como preditor independente para boa adesão. Por se tratar de uma subescala do fator Realização, está relacionado ao nível de exigência pessoal e com a qualidade das tarefas realizadas. Pessoas com altos escores nesta faceta tendem a dedicar-se com exímio em suas atividades profissionais e acadêmicas, geralmente são perfeccionistas e gostam de ser reconhecidas pelo seus esforços. Baixos escores nesta faceta indicam pouco comprometimento em tarefas e objetivos, prejudicando a qualidade de seu trabalho. Este conjunto de características também auxilia a adesão adequada mesmo quando outras características desfavoráveis, individuais ou sociais, estejam presentes. Vale ressaltar que o fator Empenho, sozinho, não mostrou-se significativo na adesão ao tratamento antirretroviral. Porém, na presença de outras variáveis, esta faceta aparece como preditora para boa adesão. Em sentido oposto, a variável Ponderação apresentou significância no teste de associação, porém, na presença de outras variáveis, não se mostrou preditora independente.

O paciente que possui adesão adequada tende a manter a carga viral indetectável por maior tempo, visto que o grau de eficácia da TARV é bastante alto (10, 14, 15, 24, 69, 70). Nesta amostra, a interação entre as variáveis carga viral e idade surge como preditor para adesão: a cada um ano aumentado na idade do paciente com carga viral detectável temos uma diminuição de 21% em sua chance de apresentar boa adesão. As dificuldades de adesão não observadas pela equipe de saúde poderão se agravar ao longo dos anos, principalmente nos pacientes jovens que iniciam o tratamento muito cedo. A depressão também é amplamente associada na literatura a baixa adesão ao tratamento e diversos estudos caracterizam esse transtorno como um dos principais diagnósticos psiquiátricos concomitantes a infecção pelo vírus HIV. As taxas de prevalência de depressão variam de 12% a 66% nesta população e o transtorno não é diagnosticado em aproximadamente 50% dos casos. A confirmação do diagnóstico evidencia inseguranças relacionadas a saúde e vínculos sociais e afetivos, medo do preconceito, mudança de estilo de vida, visitas mais frequentes ao centro de tratamento, tomada de medicação diária, dentre outros (39, 54, 74). Grande parte dos pacientes do HCFMUSP foi encaminhada pelo Hemocentro de São Paulo, indivíduos que voluntariamente vieram doar sangue e se depararam com um diagnóstico inesperado. A maior parte dos pacientes do IERR, por sua vez, são portadores do HIV desde seu

nascimento e desde muito cedo convivem com preconceitos e estigmas advindos de uma contaminação ocorrida independente de sua vontade ou descuido. Todos estes aspectos contribuem para o aumento da fragilidade e instabilidade emocional que, quando não avaliadas, podem levar o paciente a desenvolver um quadro de depressão com consequências graves.

Em oposição ao dados encontrados na literatura (18, 45, 46, 49, 53, 55, 58, 75) o fator Neuroticismo - que diz respeito a fragilidade e instabilidade emocional - não apresentou associação com baixa adesão ao tratamento. Pode-se, então, levantar a hipótese de que os fatores Realização e Empenho estejam agindo como protetores ao fator Neuroticismo, “neutralizando” seus efeitos negativos. Brown et al (76) demonstraram que pacientes jovens com HIV e depressão, tratados com medicação e psicoterapia associados, apresentaram melhora dos sintomas depressivos comparados aqueles tratados apenas com a medicação usual. Portanto, os pacientes mantêm-se aderentes quando outras características de personalidade são fortalecidas através de acompanhamento psicológico, indicando boas perspectivas para aqueles que apresentam quadro de depressão associada. A subescala Vulnerabilidade, ao mostrar-se preditora independente para adesão na presença da variável Empenho corrobora tal hipótese. Quanto mais vulnerável apresenta-se o indivíduo, maior seria sua necessidade de utilizar recursos psíquicos relacionados a capacidade de engajar-se em metas e tarefas para conseguir vencer suas dificuldades e continuar seguindo o tratamento (51, 76).

Em relação as pontuações atribuídas por todos os pacientes aos 126 itens da bateria fatorial de personalidade, nota-se que as frases que receberam maior pontuação foram aquelas referentes a Amabilidade, subescala do fator Socialização (tabela 7). Frases relacionadas as subescalas Empenho e Competência (ambas pertencentes ao fator Realização) também receberam alta pontuação, reforçando os resultados encontrados nos testes de associação. As frases que receberam menor pontuação, indicando menor identificação dos pacientes com seu conteúdo, dizem respeito ao engessamento de pensamento, medo de novas ideias e também a falta de empatia e interesse pelos demais. Tal fato sugere que os pacientes desta amostra possuem maior grau de preocupação com o bem estar do outro, sensibilizando-se com a condição alheia. Em contrapartida, pode-se pensar que as respostas foram socialmente adequadas, o que seria um fator limitador do estudo.

Ainda sobre a atribuição de pontuação aos itens da BFP, o grupo com boa/estrita adesão apresentou médias significativamente maiores nos seguintes itens: *Q104* (“*Importo-me com os sentimentos dos outros*”); *Q109* (“*Respeito autoridades*”); *Q112* (“*Meus amigos dizem que eu trabalho/estudo demais*”); *Q126* (“*Sou disposto a rever meu posicionamento sobre diferentes assuntos*”). Os pacientes aderentes possuíam maior empatia com o sofrimento alheio, respeito por figuras que consideram como autoridades, melhor capacidade de colocar seus planos em prática através de trabalho/estudo e maior disponibilidade em rever suas ideias e pensamentos. Os itens 109 e 112 também aparecem como preditores independentes para adesão ao tratamento, corroborando os resultados encontrados neste grupo.

O grande diferencial deste estudo chama a atenção para características específicas de personalidade relacionadas à adesão a TARV que devem ser levadas em consideração no atendimento ao paciente jovem portador do HIV. Visto que os aspectos que geralmente recebem maior atenção são a existência de transtorno psiquiátrico, aceitação do diagnóstico e qualidade dos vínculos e suporte emocional, buscou-se ampliar o escopo para outras variáveis ainda desconhecidas (10). Na prática clínica, torna-se imprescindível que os aspectos relacionados a capacidade psíquica de seguir o tratamento, grau de motivação e autoconfiança, nível de organização pessoal, clareza de ideias e disponibilidade para atingir seus próprios objetivos sejam avaliados pela equipe de saúde antes da prescrição do tratamento antirretroviral. Identificar falhas nestas facetas é trabalho da equipe, mais especificamente do psicólogo hospitalar, que possui recursos técnicos para oferecer ao paciente o aprimoramento das mesmas, melhorando sua condição psíquica e preparando-o para o tratamento subsequente. Diante da realidade atual, na qual novas diretrizes em relação ao HIV são valorizadas, como a meta 90-90-90 da UNAIDS (6), torna-se fundamental que o paciente somente inicie o tratamento quando demonstrar condições psíquicas favoráveis ao seguimento adequado. Assim, diminui-se a chance de falha terapêutica e consequente sentimento de frustração e desistência por parte do paciente do jovem, que encontra-se no início da infecção.

As características de personalidade talvez sejam a chave para uma compreensão mais integrada dos processos psíquicos associados a condutas adequadas no tratamento do HIV. Surge a necessidade de mudança de postura em relação ao paciente na prática da equipe de saúde, ampliando o olhar para questões individualizadas. Evidencia-se a importância do psicólogo hospitalar na equipe e o acompanhamento psicológico

frequente para os pacientes, pois as características de personalidade são passíveis de ajustamento e melhoria através de técnicas de psicoterapia (73, 76). O profissional especializado poderá avaliar detalhadamente quais fatores psicológicos estão influenciando a baixa adesão, minimizando seus impactos no sucesso terapêutico. Porém, de modo geral, todos os membros da equipe são capazes de perceber estas falhas, com uma escuta clínica mais focada nas capacidades psíquicas do indivíduo e poderão encaminhá-lo ao especialista. A maior integração entre os profissionais de saúde oferece ao paciente a oportunidade de desenvolver condições psicológicas adequadas e pode melhorar sua qualidade de vida, consequentemente diminuindo os índices de transmissão do HIV na população geral, principalmente no grupo jovem de maior vulnerabilidade.

9. CONCLUSÃO E LIMITAÇÕES DO ESTUDO

A prevalência de adesão boa e estrita foi alta nesta amostra, em torno de 75%. As variáveis sócio-demográficas não se mostraram associadas a adesão ao tratamento antirretroviral e os fatores de personalidade preditores independentes para adesão adequada foram Realização, Empenho e Vulnerabilidade e os itens 109 e 112 da Bateria Fatorial de Personalidade. Tais resultados reforçam a necessidade de inclusão destes aspectos na avaliação realizada pela equipe de saúde ao paciente jovem portador do HIV, antes do início da terapia antirretroviral, pois este é o principal grupo vulnerável atualmente.

O instrumento utilizado para avaliar as características de personalidade foi desenvolvido no Brasil e ainda não possível utilizá-lo em outras línguas e populações, apesar de ter sua validade comprovada em relação a outros instrumentos de uso internacional. Tal fato acaba sendo um limitador do estudo, visto que sua metodologia não pode ser reaplicada em outros países. O grau de adesão e nível educacional verificados na amostra foram bastante elevados, dificultando a generalização dos resultados devido a esta especificidade. Portanto, fazem-se necessários novos estudos que enfoquem características individuais e de personalidade dos pacientes portadores de HIV em populações e países diferentes, possibilitando maiores comparações e generalizações.

ANEXO A:

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Hospital das Clínicas

Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal.

NOME:

.....
DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :

SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO.....

NºAPTO:.....

BAIRRO:.....

CIDADE.....

CEP:.....

TELEFONE: DDD (.....)

RESPONSÁVEL

LEGAL.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador
etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:.....Nº.....

APTO:.....

BAIRRO:

CIDADE:.....

CEP:

TELEFONE: DDD (.....).....

Avaliação do risco da pesquisa: Mínimo

DADOS SOBRE A PESQUISA:

Título do protocolo de pesquisa: Personalidade, Comportamento e Adesão ao tratamento em pacientes jovens infectados pelo HIV: um estudo comparativo.

Pesquisador: Jorge Simão do Rosário Casseb

Cargo/função: Professor Doutor

Inscrição no Conselho Regional de Medicina: 67217

Unidade do HCFMUSP: Dermatologia – ADEE 3002

Avaliação do risco da Pesquisa:

Risco mínimo (x) Risco médio ()

Risco baixo () Risco maior ()

Duração da Pesquisa: 1 ano

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável:

Rubrica do pesquisador:

Termo de consentimento livre e esclarecido para
participação em pesquisa acadêmica.
(de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-
Brasília – DF)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada:
“Personalidade, Comportamento e Adesão ao tratamento em pacientes jovens infectados pelo HIV: um estudo comparativo”.

Sua participação é muito importante para que possamos investigar se existem algumas características de personalidade que possam estar associadas a uma melhor ou pior adesão ao seu tratamento.

Sua participação é completamente voluntária e você é livre para recusar caso não se sinta à vontade para participar.

Caso você opte por participar, a pesquisa consistirá na realização de uma entrevista e aplicação de 4 questionários:

1) Entrevistas com questões sobre dados demográficos e clínicos como idade, sexo, adoecimentos atuais e pré existentes, medicações em uso atualmente, dentre outros;

2) Questionário sobre o uso atual ou anterior de álcool, tabaco e outras substâncias;

3) Bateria Fatorial de Personalidade

4) Questionário de Avaliação para Adesão ao Tratamento Antirretroviral

A aplicação dos questionários acontecerá em uma sala localizada no Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo com duração aproximada de 60 minutos. A pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes, ou seja, você pode ficar cansado durante a aplicação dos testes. Caso isso ocorra, por favor avise o avaliador.

As informações obtidas são sigilosas e seu nome não será revelado.

O dia e horário para a realização das atividades acima será combinado anteriormente com você e, caso queira desistir da pesquisa a qualquer momento, você não será prejudicado nos atendimentos em qualquer serviço deste hospital.

Caso haja alguma dúvida, sinta-se à vontade para falar conosco entrando em contato com os pesquisadores pelos números de telefones: (11)98228-2569 (Livia Bueno), (11)98338-4661 (Dr. Jorge), (11)98686-9602 (Maria Rita) ou **Comitê de Ética em Pesquisa (CAPESQ) (11) 2661-7585**.

Mais uma vez, estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Livia Maria de A. C Bueno
Psicóloga CRP 06/94345

Dr. Jorge Casseb
Médico CRM 63475

Eu, _____ li e entendi (ou alguém me explicou) as informações contidas neste termo de consentimento, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e concordo em participar da pesquisa intitulada **“Personalidade, Comportamento e Adesão ao tratamento em pacientes jovens infectados pelo HIV: um estudo comparativo”** e que recebi 1 (uma) cópia do presente termo de consentimento.

Nome do Voluntário (letra de forma)

Assinatura do voluntário

Data

Nome de quem obteve o consentimento(letra de forma)

Assinatura de quem obteve o consentimento

Data

ANEXO B: Termo de Consentimento Livre e Esclarecido Instituto de Infectologia Emílio Ribas

Dados de identificação do sujeito da pesquisa ou responsável legal.

NOME:

DOCUMENTO DE IDENTIDADE Nº :

SEXO : M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO.....

NºAPTO:.....

BAIRRO:.....

CIDADE.....

CEP:.....

TELEFONE: DDD (.....)

RESPONSÁVEL
LEGAL.....

NATUREZA (grau de parentesco, tutor, curador etc.).....

DOCUMENTO DE IDENTIDADE :SEXO: M F

DATA NASCIMENTO:/...../.....

ENDEREÇO:.....Nº.....

APTO:.....

BAIRRO:

CIDADE:.....

CEP:

TELEFONE: DDD (.....).....

Avaliação do risco da pesquisa: Mínimo

DADOS SOBRE A PESQUISA:

Título do protocolo de pesquisa: Personalidade, Comportamento e Adesão ao tratamento em pacientes jovens infectados pelo HIV: um estudo comparativo.

Pesquisador: Jorge Simão do Rosário Casseb

Cargo/função: Professor Doutor

Inscrição no Conselho Regional de Medicina: 67217

Unidade do HCFMUSP: Dermatologia – ADEE 3002

Avaliação do risco da Pesquisa:

Risco mínimo (x) Risco médio ()

Risco baixo () Risco maior ()

Duração da Pesquisa: 1 ano

Rubrica do sujeito de pesquisa ou responsável:

Rubrica do pesquisador:

Termo de consentimento livre e esclarecido para
participação em pesquisa acadêmica.
(de acordo com a Resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde-
Brasília – DF)

Você está sendo convidado a participar de uma pesquisa intitulada:
“Personalidade, Comportamento e Adesão ao tratamento em pacientes jovens infectados pelo HIV: um estudo comparativo”.

Sua participação é muito importante para que possamos investigar se existem algumas características de personalidade que possam estar associadas a uma melhor ou pior adesão ao seu tratamento.

Sua participação é completamente voluntária e você é livre para recusar caso não se sinta à vontade para participar.

Caso você opte por participar, a pesquisa consistirá na realização de uma entrevista e aplicação de 4 questionários:

1) Entrevistas com questões sobre dados demográficos e clínicos como idade, sexo, adoecimentos atuais e pré existentes, medicações em uso atualmente, dentre outros;

2) Questionário sobre o uso atual ou anterior de álcool, tabaco e outras substâncias;

3) Bateria Fatorial de Personalidade

4) Questionário de Avaliação para Adesão ao Tratamento Antirretroviral

A aplicação dos questionários acontecerá em uma sala localizada no Instituto de Infectologia Emílio Ribas com duração aproximada de 60 minutos. A pesquisa apresenta risco mínimo aos participantes, ou seja, você pode ficar cansado durante a aplicação dos testes. Caso isso ocorra, por favor avise o avaliador.

As informações obtidas são sigilosas e seu nome não será revelado.

O dia e horário para a realização das atividades acima será combinado anteriormente com você e, caso queira desistir da pesquisa a qualquer momento, você não será prejudicado nos atendimentos em qualquer serviço deste hospital.

Caso haja alguma dúvida, sinta-se à vontade para falar conosco entrando em contato com os pesquisadores pelos números de telefones: 98228-2569(Lívia Bueno), 98338-4661 (Dr. Jorge), 98686-9602 (Maria Rita) ou Comitê de Ética em Pesquisa: Tel: 38961406

Mais uma vez, estamos à disposição para quaisquer esclarecimentos.

Lívia Maria de A. C Bueno
Psicóloga CRP 06/94345

Dr. Jorge Casseb
Médico CRM 63475

Eu, _____ li e entendi (ou alguém me explicou) as informações contidas neste termo de consentimento, e todas as minhas dúvidas foram esclarecidas, e concordo em participar da pesquisa intitulada **“Personalidade, Comportamento e Adesão ao tratamento em pacientes jovens infectados pelo HIV”** e que recebi 1 (uma) cópia do presente termo de consentimento.

Nome do Voluntário (letra de forma)

Assinatura do voluntário

Data

Nome de quem obteve o consentimento(letra de forma)

Assinatura de quem obteve o consentimento

Data

ANEXO C: Questionário de dados sócio-demográficos e clínicos

- Identificação do paciente
- Sexo: (M) (F)
- Idade (anos):
- Naturalidade / Procedência:
- Anos completos de educação:
- Doenças sistêmicas / metabólicas prévias ou atuais (especificar):
- Doenças neuropsiquiátricas prévias ou atuais (especificar):
- Data do diagnóstico de infecção pelo HIV:
- Mecanismo de transmissão da infecção pelo vírus:
- Doenças prévias ou atuais:
- Esquema de medicação atual:
- Profilaxias em uso:
- Outros medicamentos (excluindo aqueles para tratar neuropatia periférica):
- Última contagem de células CD4+ (data):
- Última quantificação da carga viral plasmática do HIV

ANEXO D: Alcohol, Smoking and Substance Involvement Screening Test

Nome: _____ Registro _____

Entrevistador: _____ DATA: ____/____/____

ASSIST - OMS

1. Na sua vida qual(is) dessa(s) substâncias você já usou? (somente uso não prescrito pelo médico)	NÃO	SIM
a. derivados do tabaco	0	3
b. bebidas alcoólicas	0	3
c. maconha	0	3
d. cocaína, crack	0	3
e. anfetaminas ou êxtase	0	3
f. inalantes	0	3
g. hipnóticos/sedativos	0	3
h. alucinógenos	0	3
i. opióides	0	3
j. outras, especificar	0	3

- Se "NÃO" em todos os itens investigue: Nem mesmo quando estava na escola?
- Se "NÃO" em todos os itens, pare a entrevista
- Se "SIM" para alguma droga, continue com as demais questões

3. Durante os três últimos meses, com que frequência você teve um forte desejo ou urgência em consumir? (primeira droga, segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	3	4	5	6
b. bebidas alcoólicas	0	3	4	5	6
c. maconha	0	3	4	5	6
d. cocaína, crack	0	3	4	5	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	3	4	5	6
f. inalantes	0	3	4	5	6
g. hipnóticos/sedativos	0	3	4	5	6
h. alucinógenos	0	3	4	5	6
i. opióides	0	3	4	5	6
j. outras, especificar	0	3	4	5	6

NOMES POPULARES OU COMERCIAIS DAS DROGAS

- a. produtos do tabaco** (cigarro, charuto, cachimbo, fumo de corda)
- b. bebidas alcoólicas** (cerveja, vinho, champagne, licor, pinga uísque, vodca, vermouthes, caninha, rum tequila, gin)
- c. maconha** (baseado, erva, liamba, diamba, birra, fuminho, fumo, mato, bagulho, pango, manga-rosa, massa, haxixe, skank, etc)
- d. cocaína, crack** (coca, pó, branquinha, nuvem, farinha, neve, pedra, caximbo, brilho)
- e. estimulantes como anfetaminas** (bolinhas, rebites, bifetamina, moderine, MDMA)
- f. inalantes** (solventes, cola de sapateiro, tinta, esmalte, corretivo, verniz, tinner, clorofórmio, tolueno, gasolina, éter, lança perfume, cheirinho da loló)
- g. hipnóticos, sedativos** (ansiolíticos, tranquilizantes, barbitúricos, fenobarbital, pentobarbital, benzodiazepínicos, diazepam)
- h. alucinógenos** (LSD, chá-de-lírio, ácido, passaporte, mesalina, peiote, cacto)
- i. opiáceos** (morfina, codeína, ópio, heroína elixir, metadona)
- j. outras** – especificar:

QUESTIONÁRIO PARA TRIAGEM DO USO DE ALCÓOL, TABACO E OUTRAS SUBSTÂNCIAS.

2. Durante os três últimos meses, com que frequência você utilizou essa(s) substância(s) que mencionou? (primeira droga, depois a segunda droga, etc)	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	2	3	4	6
b. bebidas alcoólicas	0	2	3	4	6
c. maconha	0	2	3	4	6
d. cocaína, crack	0	2	3	4	6
e. anfetaminas ou êxtase	0	2	3	4	6
f. inalantes	0	2	3	4	6
g. hipnóticos/sedativos	0	2	3	4	6
h. alucinógenos	0	2	3	4	6
i. opióides	0	2	3	4	6
j. outras, especificar	0	2	3	4	6

- Se "NUNCA" em todos os itens da questão 2 pule para a questão 6, com outras respostas continue com as demais questões

4. Durante os três últimos meses, com que frequência o seu consumo de (primeira droga, depois a segunda droga, etc) resultou em problema de saúde, social, legal ou financeiro?	NUNCA	1 OU 2 VEZES	MENSALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	4	5	6	7
b. bebidas alcoólicas	0	4	5	6	7
c. maconha	0	4	5	6	7
d. cocaína, crack	0	4	5	6	7
e. anfetaminas ou êxtase	0	4	5	6	7
f. inalantes	0	4	5	6	7
g. hipnóticos/sedativos	0	4	5	6	7
h. alucinógenos	0	4	5	6	7
i. opióides	0	4	5	6	7
j. outras, especificar	0	4	5	6	7

5. Durante os três últimos meses, com que frequência, por causa do seu uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc.*), você deixou de fazer coisas que eram normalmente esperadas de você?

	NUNCA	1 OU 2 VEZES	SEMANALMENTE	SEMANALMENTE	DIARIAMENTE OU QUASE TODOS OS DIAS
a. derivados do tabaco	0	5	6	7	8
b. bebidas alcoólicas	0	5	6	7	8
c. maconha	0	5	6	7	8
d. cocaína, crack	0	5	6	7	8
e. anfetaminas ou éxtase	0	5	6	7	8
f. inalantes	0	5	6	7	8
g. hipnóticos/sedativos	0	5	6	7	8
h. alucinógenos	0	5	6	7	8
i. opióides	0	5	6	7	8
j. outras, especificar	0	5	6	7	8

- **FAÇA as questões 6 e 7 para todas as substâncias mencionadas na questão 1**

6. Há amigos, parentes ou outra pessoa que tenha demonstrado preocupação com seu uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc...*)?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

7. Alguma vez você já tentou controlar, diminuir ou parar o uso de (*primeira droga, depois a segunda droga, etc...*) e não conseguiu?

	NÃO, Nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses
a. derivados do tabaco	0	6	3
b. bebidas alcoólicas	0	6	3
c. maconha	0	6	3
d. cocaína, crack	0	6	3
e. anfetaminas ou éxtase	0	6	3
f. inalantes	0	6	3
g. hipnóticos/sedativos	0	6	3
h. alucinógenos	0	6	3
i. opióides	0	6	3
j. outras, especificar	0	6	3

Nota Importante: Pacientes que tenham usado drogas injetáveis nos últimos 3 meses devem ser perguntados sobre seu padrão de uso injetável durante este período, para determinar seus níveis de risco e a melhor forma de intervenção.

8- Alguma vez você já usou drogas por injeção?
(Apenas uso não médico)

NÃO, nunca	SIM, nos últimos 3 meses	SIM, mas não nos últimos 3 meses

Guia de Intervenção para Padrão de uso injetável

Uma vez por semana ou menos Ou menos de três dias seguidos	Intervenção Breve incluindo cartão de "riscos associados com o uso injetável"
Mais do que uma vez por semana Ou mais do que três dias seguidos	Intervenção mais aprofundada e tratamento intensivo*

PONTUAÇÃO PARA CADA DROGA

	Anote a pontuação para cada droga. SOME SOMENTE das Questões 2, 3, 4, 5, 6 e 7	Nenhuma intervenção	Receber Intervenção Breve	Encaminhar para tratamento mais intensivo
Tabaco		0-3	4-26	27 ou mais
Alcool		0-10	11-26	27 ou mais
Maconha		0-3	4-26	27 ou mais
Cocaína		0-3	4-26	27 ou mais
Anfetaminas		0-3	4-26	27 ou mais
Inalantes		0-3	4-26	27 ou mais
Hipnóticos/sedativos		0-3	4-26	27 ou mais
Alucinógenos		0-3	4-26	27 ou mais
Opióides		0-3	4-26	27 ou mais

Cálculo do escore de envolvimento com uma substância específica.

Para cada substância (de 'a' a 'j') some os escores obtidos nas questões 2 a 7 (inclusive).

Não inclua os resultados das questões 1 e 8 aqui.

Por exemplo, um escore para maconha deverá ser calculado do seguinte modo: Q2c + Q3c + Q4c + Q5c + Q6c + Q7c.

Note que Q5 para tabaco não é codificada, sendo a pontuação para tabaco = Q2a + Q3a + Q4a + Q6a + Q7a

ANEXO E: Parecer consubstanciado do CEP



Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

PROJETO DE PESQUISA

Título: PERSONALIDADE, COMPORTAMENTO E ADESÃO AO TRATAMENTO EM PACIENTES JOVENS INFECTADOS PELO HIV

Pesquisador Responsável: Jorge Casseb

Versão:

Pesquisador Executante: Lívia Maria Cunha Bueno Villares da Costa

CAAE: 22052814.9.0000.0068

Finalidade Acadêmica: Mestrado

Instituição: HCFMUSP

Departamento: DERMATOLOGIA

PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

Registro on-line: 11435

Número do Parecer: 673.917

Data da Relatoria: 04/06/2014

Apresentação do Projeto: O projeto intitulado Personalidade, Comportamento e Adesão ao tratamento em pacientes jovens infectados pelo HIV tem finalidade acadêmica (mestrado). O protocolo será desenvolvido no HC FMUSP, incluindo entrevistas (quatro tipos de questionários) e análise de prontuários médicos dos mesmos pacientes. Mais especificamente o estudo ocorrerá no Núcleo de Imunodeficiências Secundárias (NIS): ambulatório (ADEE 3002) de pacientes infectados pelo HIV dentro do Hospital das Clínicas da Faculdade de Medicina da Universidade de São Paulo.

Objetivo da Pesquisa: O protocolo tem o objetivo de avaliar a existência de correlação entre Adesão ao tratamento para HIV e Personalidade em pacientes adultos jovens infectados. Três objetivos secundários estão inscritos no protocolo:

- 1 – Avaliar traços de Personalidade de pacientes adultos jovens infectados pelo HIV.
- 2 – Identificar fatores de adesão/não adesão ao tratamento destes pacientes.
- 3 – Avaliar a existência de correlação entre os fatores citados acima.

Avaliação dos Riscos e Benefícios: Já descritos no parecer anterior (552.788).

Comentários e Considerações sobre a Pesquisa: Já descritos no parecer anterior (552.788).

Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória: Foram realizadas as alterações sugeridas - parecer anterior (552.788) - especialmente quanto à metodologia e ao TCLE de modo satisfatório.



Hospital das Clínicas da FMUSP
Comissão de Ética para Análise de Projetos de Pesquisa - CAPPesq

Recomendações: nenhuma

Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações: nenhuma

Situação do Parecer: Aprovado

Necessita Apreciação da CONEP: Não

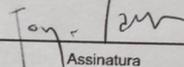
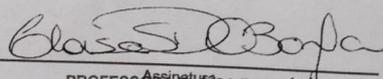
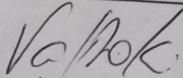
Considerações Finais a critério do CEP: Em conformidade com a Resolução CNS nº 466/12 – cabe ao pesquisador: a) desenvolver o projeto conforme delineado; b) elaborar e apresentar relatórios parciais e final; c) apresentar dados solicitados pelo CEP, a qualquer momento; d) manter em arquivo sob sua guarda, por 5 anos da pesquisa, contendo fichas individuais e todos os demais documentos recomendados pelo CEP; e) encaminhar os resultados para publicação, com os devidos créditos aos pesquisadores associados e ao pessoal técnico participante do projeto; f) justificar perante ao CEP interrupção do projeto ou a não publicação dos resultados.

São Paulo, 04 de Junho de 2014

Prof. Dr. Alfredo José Mansur
Coordenador
Comissão de Ética para Análise de
Projetos de Pesquisa - CAPPesq

ANEXO F: Emenda da Plataforma Brasil

Plataforma Brasil MINISTÉRIO DA SAÚDE - Conselho Nacional de Saúde - Comissão Nacional de Ética em Pesquisa - CONEP
FOLHA DE ROSTO PARA PESQUISA ENVOLVENDO SERES HUMANOS

1. Projeto de Pesquisa: Características de personalidade e adesão ao tratamento em pacientes jovens portadores de HIV: estudo comparativo.		2. Número de Participantes da Pesquisa: 60	
3. Área Temática:			
4. Área do Conhecimento: Grande Área 4. Ciências da Saúde			
PESQUISADOR RESPONSÁVEL			
5. Nome: jorge simão do rosário casseb			
6. CPF: 305.943.832-34		7. Endereço (Rua, n.º): DOUTOR ENEAS CARVALHO DE AGUIAR CERQUEIRA CESAR 500 terceiro andar SAO PAULO SAO PAULO 05403000	
8. Nacionalidade: BRASILEIRO		9. Telefone: (11) 3061-7193	10. Outro Telefone:
		11. Email: jcasseb10@gmail.com	
<p>Termo de Compromisso: Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas complementares. Comprometo-me a utilizar os materiais e dados coletados exclusivamente para os fins previstos no protocolo e a publicar os resultados sejam eles favoráveis ou não. Aceito as responsabilidades pela condução científica do projeto acima. Tenho ciência que essa folha será anexada ao projeto devidamente assinada por todos os responsáveis e fará parte integrante da documentação do mesmo.</p>			
Data: <u>04, 02, 2016</u>		 Assinatura	
INSTITUIÇÃO PROPONENTE			
12. Nome: HOSPITAL DAS CLINICAS DA FACULDADE DE MEDICINA DA USP		13. CNPJ: 60.448.040/0001-22	14. Unidade/Orgão:
15. Telefone:		16. Outro Telefone:	
<p>Termo de Compromisso (do responsável pela instituição): Declaro que conheço e cumprirei os requisitos da Resolução CNS 466/12 e suas Complementares e como esta instituição tem condições para o desenvolvimento deste projeto, autorizo sua execução.</p>			
Responsável: <u>ELOÍSA SILVA DUTRA DE OLIVEIRA BONFÁ</u>		CPF: <u>042.658.928-92</u>	
Cargo/Função: <u>Diretora Clínica do HCFMUSP</u>			
Data: <u>12, 02, 16</u>		 PROFESSORA ELOÍSA BONFÁ Diretora Clínica do HCFMUSP	
PATROCINADOR PRINCIPAL			
Não se aplica.			
 Prof.ª Dra. VALÉRIA AOKI Vice-Chefe Departamento de Dermatologia Faculdade de Medicina da USP			

ANEXO G: Tabela 3

Tabela 3: Descrição das questões e comparação entre os hospitais.

ITEM BFP	GERAL (média/DP)	IIER (média/DP)	HC (média/DP)	TESTE	P valor
Q1	4,41 (1,91)	4,12 (1,86)	4,51 (1,93)	*	0,48
Q2	6,24 (1,42)	6,44 (0,73)	6,17 (1,59)	*	0,68
Q3	4,57 (1,87)	4,44 (1,59)	4,62 (1,97)	*	0,66
Q4	6,02 (1,37)	5,75 (1,29)	6,11 (1,4)	*	0,22
Q5	4,94 (1,88)	3,88 (1,63)	5,3 (1,84)	*	0,005
Q6	5,73 (1,68)	5,56 (1,26)	5,79 (1,81)	*	0,15
Q7	4,08 (1,77)	3,5 (1,41)	4,28 (1,85)	*	0,15
Q8	5,57 (1,56)	5,19 (1,22)	5,7 (1,65)	*	0,07
Q9	4,65 (1,87)	4,69 (1,89)	4,64 (1,88)	*	0,93
Q10	3,65 (2,03)	3,19 (1,83)	3,81 (2,08)	*	0,31
Q11	5,49 (1,68)	4,94 (1,48)	5,68 (1,72)	*	0,04
Q12	6,05 (1,56)	6,31 (1,01)	5,96 (1,71)	*	0,88
Q13	4,73 (2,16)	5,06 (1,69)	4,62 (2,31)	*	0,74
Q14	4,16 (2,2)	4,62 (1,96)	4 (2,27)	*	0,32
Q15	5,83 (1,19)	5,88 (0,96)	5,81 (1,26)	*	0,84
Q16	4,6 (1,72)	4,25 (1,65)	4,72 (1,74)	*	0,30
Q17	3,9 (2,33)	4,62 (2,36)	3,66 (2,3)	*	0,15
Q18	2,24 (2,01)	2,06 (1,88)	2,3 (2,07)	*	0,83
Q19	3,62 (2,15)	3,56 (2,1)	3,64 (2,19)	*	1
Q20	5,81 (1,35)	5,94 (1,29)	5,77 (1,39)	*	0,77
Q21	5,21 (1,48)	4,94 (1,39)	5,3 (1,52)	*	0,37
Q22	4,52 (2,2)	5,19 (1,68)	4,3 (2,32)	*	0,24
Q23	3,33 (2,33)	4 (2,63)	3,11 (2,21)	*	0,19
Q24	3,49 (2,21)	2,88 (1,93)	3,7 (2,27)	*	0,2
Q25	4,1 (2,11)	3,81 (1,83)	4,19 (2,2)	*	0,50
Q26	4,78 (1,7)	4,44 (1,82)	4,89 (1,66)	*	0,32
Q27	2,02 (1,3)	1,5 (0,82)	2,19 (1,39)	*	0,06
Q28	4,95 (1,85)	5,44 (1,09)	4,79 (2,03)	*	0,32
Q29	3,4 (1,97)	3,75 (1,73)	3,28 (2,05)	*	0,30
Q30	5,13 (1,74)	5,31 (1,45)	5,06 (1,83)	*	0,81
Q31	5,81 (1,61)	6,19 (1,28)	5,68 (1,7)	*	0,33
Q32	5,13 (1,56)	4,81 (1,87)	5,23 (1,45)	*	0,52
Q33	2,76 (2,11)	3 (2,39)	2,68 (2,02)	*	0,85
Q34	6,17 (1,23)	5,94 (1,81)	6,26 (0,97)	*	0,94
Q35	3,63 (2,11)	4,31 (1,85)	3,4 (2,16)	*	0,12
Q36	4,52 (2,47)	4,38 (2,9)	4,57 (2,35)	*	0,96
Q37	3,92 (2,22)	4,06 (2,02)	3,87 (2,3)	*	0,77
Q38	4,02 (2,19)	5 (1,79)	3,68 (2,23)	*	0,04
Q39	2,84 (2,18)	2,31 (1,74)	3,02 (2,3)	*	0,43
Q40	2,46 (1,79)	3 (1,86)	2,28 (1,75)	*	0,09
Q41	4,35 (2,01)	4,31 (1,78)	4,36 (2,1)	*	0,84
Q42	2,63 (2,25)	2,88 (2,36)	2,55 (2,22)	*	0,63
Q43	5,78 (1,45)	6 (1,03)	5,7 (1,57)	*	0,82
Q44	3,75 (2,25)	3,12 (1,86)	3,96 (2,35)	*	0,26
Q45	5,22 (1,91)	5,44 (2)	5,15 (1,9)	*	0,48
Q46	6,38 (1,25)	6,19 (1,47)	6,45 (1,18)	*	0,22
Q47	5,1 (1,97)	5,06 (1,81)	5,11 (2,05)	*	0,77
Q48	2,7 (1,83)	2,69 (1,66)	2,7 (1,9)	*	0,84
Q49	6,16 (1,73)	6,75 (0,45)	5,96 (1,96)	*	0,37
Q50	4,81 (1,99)	4,31 (1,99)	4,98 (1,98)	*	0,25
Q51	4,49 (1,97)	5,12 (1,36)	4,28 (2,1)	*	0,18
Q52	5,05 (1,91)	4,88 (1,96)	5,11 (1,91)	*	0,64
Q53	5,52 (1,94)	5,38 (2,06)	5,57 (1,92)	*	0,45
Q54	6,24 (1,23)	5,56 (1,86)	6,47 (0,83)	*	0,08
Q55	3,33 (2,14)	3,38 (2,13)	3,32 (2,17)	*	0,96

Q56	2,86 (1,83)	2,94 (1,61)	2,83 (1,91)	*	0,64
Q57	3,22 (1,9)	3,44 (1,63)	3,15 (1,99)	*	0,48
Q58	5,33 (1,72)	4,56 (2,19)	5,6 (1,47)	*	0,10
Q59	5,76 (1,72)	5,81 (1,56)	5,74 (1,79)	*	0,95
Q60	3,65 (2,42)	3,69 (2,12)	3,64 (2,54)	*	0,98
Q61	6 (1,47)	6,25 (0,93)	5,91 (1,61)	*	0,94
Q62	1,92 (1,52)	1,88 (1,36)	1,94 (1,58)	*	0,75
Q63	3,21 (2,26)	2,38 (1,82)	3,49 (2,34)	*	0,09
Q64	5,89 (1,44)	5,5 (1,93)	6,02 (1,22)	*	0,48
Q65	4,38 (2,05)	4,38 (1,41)	4,38 (2,24)	*	0,71
Q66	4,84 (2,18)	5,56 (2,16)	4,6 (2,15)	*	0,08
Q67	4,63 (1,84)	4,44 (1,15)	4,7 (2,03)	*	0,35
Q68	3,83 (1,66)	3,62 (1,36)	3,89 (1,76)	*	0,47
Q69	5,4 (1,93)	5,25 (2,02)	5,45 (1,92)	*	0,61
Q70	2,37 (1,82)	2,44 (1,55)	2,34 (1,91)	*	0,43
Q71	5,16 (1,74)	4,5 (1,46)	5,38 (1,79)	*	0,03
Q72	5,75 (1,34)	5,19 (1,52)	5,94 (1,24)	*	0,06
Q73	3,22 (2,07)	3,44 (1,71)	3,15 (2,19)	*	0,55
Q74	5,73 (1,71)	5,94 (1,44)	5,66 (1,8)	*	0,71
Q75	3,86 (2,29)	4,44 (2,39)	3,66 (2,25)	*	0,27
Q76	5,63 (1,68)	5,62 (1,09)	5,64 (1,85)	*	0,26
Q77	4,63 (2,15)	4,88 (1,96)	4,55 (2,22)	*	0,79
Q78	3,79 (2,13)	3,38 (1,75)	3,94 (2,24)	*	0,45
Q79	4,57 (1,93)	4,31 (1,85)	4,66 (1,97)	*	0,46
Q80	5,06 (2,26)	5 (2,53)	5,09 (2,19)	*	0,98
Q81	3,22 (2,35)	3,69 (2,63)	3,06 (2,26)	*	0,35
Q82	2,52 (1,89)	3,12 (2,16)	2,32 (1,77)	*	0,18
Q83	6,33 (1,12)	5,81 (1,72)	6,51 (0,78)	*	0,11
Q84	4,27 (2,02)	3,62 (1,59)	4,49 (2,11)	*	0,12
Q85	5,9 (1,36)	5,62 (1,78)	6 (1,2)	*	0,64
Q86	3,71 (2,19)	3,25 (2,02)	3,87 (2,24)	*	0,35
Q87	1,76 (1,35)	1,62 (1,26)	1,81 (1,39)	*	0,75
Q88	4,1 (2,28)	4,25 (2,24)	4,04 (2,32)	*	0,71
Q89	4 (2,16)	4,44 (1,41)	3,85 (2,35)	*	0,35
Q90	5,62 (1,62)	5,06 (2,02)	5,81 (1,44)	*	0,19
Q91	5,7 (1,27)	5,56 (1,41)	5,74 (1,22)	*	0,73
Q92	5,73 (1,53)	5,62 (1,82)	5,77 (1,43)	*	0,96
Q93	3,67 (2,27)	3,38 (2,42)	3,77 (2,24)	*	0,57
Q94	4,68 (2,28)	4,75 (2,35)	4,66 (2,28)	*	0,81
Q95	3,71 (2,2)	4,81 (1,8)	3,34 (2,21)	*	0,02
Q96	5,65 (1,37)	5,38 (1,41)	5,74 (1,36)	*	0,29
Q97	5,54 (1,72)	4,81 (2,04)	5,79 (1,55)	*	0,05
Q98	3,94 (2,04)	4,69 (2,09)	3,68 (1,98)	*	0,09
Q99	4 (2,38)	4 (2,39)	4 (2,4)	*	0,95
Q100	2,94 (2,07)	2,81 (1,8)	2,98 (2,17)	*	0,96
Q101	4,86 (1,95)	5,25 (1,88)	4,72 (1,97)	*	0,29
Q102	4,22 (1,99)	4,38 (1,93)	4,17 (2,03)	*	0,61
Q103	4,79 (2,08)	5,25 (1,95)	4,64 (2,12)	*	0,32
Q104	6,17 (1,31)	6 (1,46)	6,23 (1,27)	*	0,28
Q105	4,7 (1,95)	4,5 (1,97)	4,77 (1,96)	*	0,59
Q106	2,54 (2,02)	2,06 (1,53)	2,7 (2,16)	*	0,61
Q107	3,92 (2,03)	3,5 (1,86)	4,06 (2,09)	*	0,34
Q108	4,84 (2,01)	4,25 (2,21)	5,04 (1,92)	*	0,21
Q109	6,16 (1,45)	6 (1,86)	6,21 (1,3)	*	0,96
Q110	4,19 (2,29)	4,12 (2,19)	4,21 (2,35)	*	0,84
Q111	4,68 (1,94)	3,62 (2,03)	5,04 (1,79)	*	0,01
Q112	4,6 (2,05)	4,94 (1,95)	4,49 (2,09)	*	0,47
Q113	4,87 (2,14)	4,88 (2,06)	4,87 (2,18)	*	0,98
Q114	5,97 (1,44)	5,81 (1,22)	6,02 (1,51)	*	0,26
Q115	2,73 (1,96)	3,12 (2,16)	2,59 (1,89)	*	0,26
Q116	4,9 (2,05)	5,56 (1,71)	4,68 (2,12)	*	0,18
Q117	5,14 (1,47)	5 (1,1)	5,19 (1,58)	*	0,48
Q118	4,44 (2,04)	4,88 (1,59)	4,3 (2,17)	*	0,39
Q119	3,22 (1,92)	3,25 (2,11)	3,21 (1,88)	*	0,93

Q120	3,92 (2,1)	3,25 (1,73)	4,15 (2,18)	*	0,17
Q121	2,75 (2,05)	2,25 (1,69)	2,91 (2,15)	*	0,35
Q122	4,87 (2,23)	4,94 (1,95)	4,85 (2,33)	*	0,94
Q123	5,16 (1,83)	4,69 (1,96)	5,32 (1,78)	*	0,22
Q124	2,87 (2,17)	3 (2,31)	2,83 (2,15)	*	0,89
Q125	4,92 (2,03)	4,75 (2,08)	4,98 (2,04)	*	0,61
Q126	5,9 (1,34)	5,81 (1,33)	5,94 (1,36)	*	0,67

*Mann-Whitney

ANEXO H: Tabela 6

Tabela 6: Itens da BFP e comparação por grupo de adesão

ITEM	BOA/ESTRITA ADESÃO (média/DP)	BAIXA ADESÃO (média/DP)	TESTE	P valor
Q1	4,66 (1,84)	3,69 (1,96)	*	0,10
Q2	6,38 (1,23)	5,81 (1,87)	*	0,27
Q3	4,53 (1,91)	4,69 (1,82)	*	0,82
Q4	6,13 (1,19)	5,69 (1,82)	*	0,53
Q5	4,81 (1,85)	5,31 (1,99)	*	0,30
Q6	5,66 (1,68)	5,94 (1,69)	*	0,33
Q7	4,13 (1,7)	3,94 (2,02)	*	0,75
Q8	5,51 (1,56)	5,75 (1,61)	*	0,51
Q9	4,89 (1,75)	3,94 (2,08)	*	0,12
Q10	3,68 (1,83)	3,56 (2,58)	*	0,77
Q11	5,51 (1,59)	5,44 (2)	*	0,84
Q12	6,21 (1,43)	5,56 (1,86)	*	0,22
Q13	4,55 (2,09)	5,25 (2,35)	*	0,16
Q14	4,09 (2,23)	4,38 (2,16)	*	0,75
Q15	5,87 (1,19)	5,69 (1,2)	*	0,50
Q16	4,7 (1,65)	4,31 (1,92)	*	0,62
Q17	3,83 (2,26)	4,12 (2,6)	*	0,55
Q18	2,13 (2)	2,56 (2,1)	*	0,30
Q19	3,36 (2,11)	4,38 (2,16)	*	0,11
Q20	5,72 (1,42)	6,06 (1,12)	*	0,48
Q21	5,17 (1,56)	5,31 (1,25)	*	0,89
Q22	4,43 (2,23)	4,81 (2,14)	*	0,57
Q23	3,21 (2,42)	3,69 (2,09)	*	0,33
Q24	3,47 (2,14)	3,56 (2,48)	*	1,00
Q25	3,81 (2,05)	4,94 (2,11)	*	0,07
Q26	4,79 (1,77)	4,75 (1,53)	*	0,74
Q27	2,11 (1,36)	1,75 (1,13)	*	0,34
Q28	5,06 (1,71)	4,62 (2,25)	*	0,53
Q29	3,21 (1,94)	3,94 (2,02)	*	0,19
Q30	5,13 (1,64)	5,12 (2,06)	*	0,78
Q31	5,77 (1,66)	5,94 (1,48)	*	0,77
Q32	5 (1,57)	5,5 (1,51)	*	0,34
Q33	2,64 (2,03)	3,12 (2,36)	*	0,54
Q34	6,21 (1,27)	6,06 (1,12)	*	0,47
Q35	3,79 (2,19)	3,19 (1,87)	*	0,39
Q36	4,32 (2,47)	5,12 (2,47)	*	0,21
Q37	3,79 (2,2)	4,31 (2,3)	*	0,40
Q38	4,28 (2,09)	3,25 (2,35)	*	0,15
Q39	2,57 (1,95)	3,62 (2,66)	*	0,32
Q40	2,43 (1,81)	2,56 (1,79)	*	0,67
Q41	4,53 (1,97)	3,81 (2,1)	*	0,22
Q42	2,47 (2,17)	3,12 (2,47)	*	0,18
Q43	5,89 (1,49)	5,44 (1,31)	*	0,11
Q44	3,83 (2,17)	3,5 (2,53)	*	0,55
Q45	5,36 (1,83)	4,81 (2,14)	*	0,38
Q46	6,51 (1)	6 (1,79)	*	0,58
Q47	5,19 (1,97)	4,81 (2,01)	*	0,48

Q48	2,6 (1,81)	3 (1,9)	*	0,38
Q49	6,32 (1,55)	5,69 (2,18)	*	0,36
Q50	4,77 (2,07)	4,94 (1,81)	*	0,85
Q51	4,21 (1,99)	5,31 (1,7)	*	0,09
Q52	4,87 (2,01)	5,56 (1,55)	*	0,26
Q53	5,6 (2,02)	5,31 (1,74)	*	0,45
Q54	6,26 (1,29)	6,19 (1,05)	*	0,57
Q55	3,55 (2,23)	2,69 (1,74)	*	0,21
Q56	3 (1,91)	2,44 (1,55)	*	0,39
Q57	3,26 (1,92)	3,12 (1,89)	*	0,88
Q58	5,17 (1,85)	5,81 (1,22)	*	0,33
Q59	5,62 (1,87)	6,19 (1,11)	*	0,43
Q60	3,89 (2,47)	2,94 (2,21)	*	0,18
Q61	5,96 (1,52)	6,12 (1,36)	*	0,71
Q62	1,98 (1,58)	1,75 (1,34)	*	0,54
Q63	2,94 (2,14)	4 (2,48)	*	0,12
Q64	5,94 (1,41)	5,75 (1,57)	*	0,55
Q65	4,43 (2,04)	4,25 (2,14)	*	0,77
Q66	4,66 (2,2)	5,38 (2,09)	*	0,27
Q67	4,79 (1,78)	4,19 (2,01)	*	0,27
Q68	3,89 (1,59)	3,62 (1,89)	*	0,59
Q69	5,49 (1,92)	5,12 (2)	*	0,42
Q70	2,26 (1,75)	2,69 (2,02)	*	0,22
Q71	5,06 (1,72)	5,44 (1,82)	*	0,37
Q72	5,77 (1,42)	5,69 (1,14)	*	0,57
Q73	3,38 (2,12)	2,75 (1,88)	*	0,32
Q74	5,74 (1,74)	5,69 (1,66)	*	0,75
Q75	3,98 (2,3)	3,5 (2,31)	*	0,45
Q76	5,79 (1,63)	5,19 (1,8)	*	0,17
Q77	4,85 (2,15)	4 (2,1)	*	0,16
Q78	3,79 (2,22)	3,81 (1,91)	*	0,97
Q79	4,7 (1,89)	4,19 (2,07)	*	0,41
Q80	5,11 (2,31)	4,94 (2,17)	*	0,59
Q81	3,53 (2,42)	2,31 (1,92)	*	0,14
Q82	2,6 (1,94)	2,31 (1,78)	*	0,66
Q83	6,45 (1,14)	6 (1,03)	*	0,03
Q84	4,06 (2,06)	4,88 (1,82)	*	0,22
Q85	6,06 (1,22)	5,44 (1,67)	*	0,17
Q86	3,77 (2,22)	3,56 (2,16)	*	0,75
Q87	1,72 (1,39)	1,88 (1,26)	*	0,51
Q88	4 (2,34)	4,38 (2,16)	*	0,60
Q89	3,96 (2,15)	4,12 (2,25)	*	0,81
Q90	5,55 (1,65)	5,81 (1,56)	*	0,52
Q91	5,68 (1,29)	5,75 (1,24)	*	0,93
Q92	5,79 (1,46)	5,56 (1,75)	*	0,73
Q93	3,66 (2,32)	3,69 (2,18)	*	0,99
Q94	4,64 (2,27)	4,81 (2,37)	*	0,71
Q95	3,6 (2,18)	4,06 (2,26)	*	0,52
Q96	5,7 (1,33)	5,5 (1,51)	*	0,65
Q97	5,45 (1,7)	5,81 (1,8)	*	0,36
Q98	3,91 (2,09)	4 (1,93)	*	0,93
Q99	3,85 (2,3)	4,44 (2,63)	*	0,43
Q100	2,72 (1,87)	3,56 (2,53)	*	0,28
Q101	5,17 (1,69)	3,94 (2,41)	*	0,08
Q102	4,23 (2,08)	4,19 (1,76)	*	0,92
Q103	4,94 (2,04)	4,38 (2,22)	*	0,37
Q104	6,43 (0,88)	5,44 (2)	*	0,05
Q105	4,85 (1,9)	4,25 (2,08)	*	0,32

Q106	2,4 (1,92)	2,94 (2,32)	*	0,36
Q107	3,7 (2,04)	4,56 (1,93)	*	0,15
Q108	5,02 (2,03)	4,31 (1,92)	*	0,19
Q109	6,57 (0,8)	4,94 (2,14)	*	0,001
Q110	4,09 (2,33)	4,5 (2,22)	*	0,59
Q111	4,6 (2,06)	4,94 (1,57)	*	0,61
Q112	5 (1,99)	3,44 (1,82)	*	0,01
Q113	5,06 (2,03)	4,31 (2,41)	*	0,28
Q114	6,06 (1,31)	5,69 (1,78)	*	0,70
Q115	2,87 (2,05)	2,38 (1,63)	*	0,52
Q116	5,02 (1,98)	4,56 (2,25)	*	0,49
Q117	5,19 (1,54)	5 (1,26)	*	0,34
Q118	4,62 (2,04)	3,94 (2,02)	*	0,23
Q119	3,3 (2,05)	3 (1,51)	*	0,89
Q120	3,94 (2,12)	3,88 (2,09)	*	0,92
Q121	2,66 (2,04)	3 (2,13)	*	0,50
Q122	5,11 (2,13)	4,19 (2,43)	*	0,15
Q123	5,11 (1,86)	5,31 (1,82)	*	0,76
Q124	2,83 (2,06)	3 (2,56)	*	0,98
Q125	4,81 (2,07)	5,25 (1,95)	*	0,44
Q126	6,15 (1,27)	5,19 (1,33)	*	0,01

*Maan-Whitney

ANEXO I: Figuras

Figura 1: Gráfico de qualidade de ajuste da Regressão da Tabela 9.

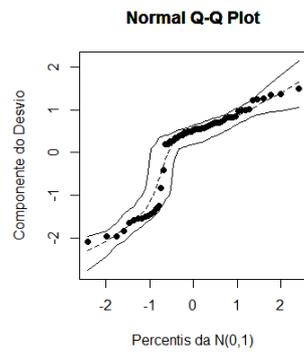


Figura 2: Gráfico de qualidade de ajuste da Regressão da Tabela 10.

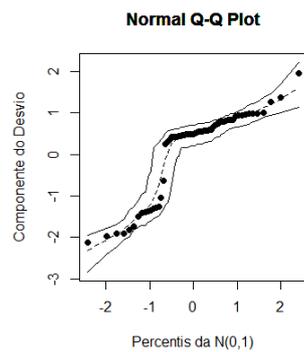
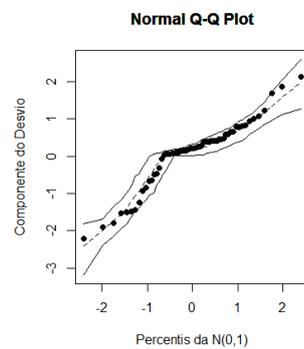


Figura 3: Gráfico de qualidade de ajuste da Regressão da Tabela 11.



7. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Cruz FO. O vírus da AIDS, 20 anos depois [Available from: <http://www.ioc.fiocruz.br/aids20anos/aidsmat1.html>].
2. Educação CP. Histórico da AIDS e HIV [Available from: <https://www.portaleducacao.com.br/conteudo/artigos/enfermagem/historico-da-aids-e-hiv/30846>].
3. Garcia S, Berquó E, Lopes F, de Lima LP, de Souza FM. Práticas sexuais e vulnerabilidades ao HIV/aids no contexto brasileiro: considerações sobre as desigualdades de gênero, raça e geração no enfrentamento da epidemia. E-book. 2015;2:417-47.
4. Oliveira IS. Vulnerabilidade de pessoas vivendo com HIV/AIDS: dificuldades e estratégias para o seu enfrentamento Universidade Católica de Salvador; 2016.
5. UNAIDS. DATA 2017 2017 [Available from: http://www.unaids.org/sites/default/files/media_asset/2017_data-book_en.pdf].
6. UNAIDS. Uma meta ambiciosa de tratamento para contribuir para o fim da epidemia de AIDS 2017 [Available from: http://unaids.org.br/wp-content/uploads/2015/11/2015_11_20_UNAIDS_TRATAMENTO_META_PT_v4_GB.pdf].
7. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2016 [Available from: http://portalarquivos.saude.gov.br/images/pdf/2017/janeiro/05/2016_034-Aids_publicacao.pdf].
8. Boletim Epidemiológico HIV/AIDS 2011 [Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/anexos/publicacao/2011/50652/boletim_aids_2011_final_m_pdf_26659.pdf].
9. Reis RK, Melo ES, Gir E. Factors associated with inconsistent condom use among people living with HIV/Aids. Rev Bras Enferm. 2016;69(1):40-6.
10. Rodger AJ, Cambiano V, Bruun T, Vernazza P, Collins S, van Lunzen J, et al. Sexual Activity Without Condoms and Risk of HIV Transmission in Serodifferent Couples When the HIV-Positive Partner Is Using Suppressive Antiretroviral Therapy. JAMA. 2016;316(2):171-81.

11. Lundgren JD, Babiker AG, Gordin F, Emery S, Grund B, Sharma S, et al. Initiation of Antiretroviral Therapy in Early Asymptomatic HIV Infection. *N Engl J Med*. 2015;373(9):795-807.
12. World Health Organization [Available from: <http://www.who.int/en/>].
13. Rey FG. *Personalidade, Saúde e Modo de Vida*: Thomson; 2004.
14. Polejack L, Seidl EM. Monitoramento e avaliação da adesão ao tratamento antirretroviral para HIV/aids: desafios e possibilidades. *Cien Saude Colet*. 2010;15 Suppl 1:1201-8.
15. Programa Nacional de DST e aids. Manual de adesão ao tratamento para pessoas vivendo com HIV e aids. 2008 [Available from: http://www.aids.gov.br/sites/default/files/Manual_de_adexao_web.pdf].
16. Lambert RF, Orrell C, Bangsberg DR, Haberer JE. Factors that Motivated Otherwise Healthy HIV-Positive Young Adults to Access HIV Testing and Treatment in South Africa. *AIDS and Behavior*. 2017.
17. Wong VJ, Murray KR, Phelps BR, Vermund SH, McCarraher DR. Adolescents, young people, and the 90–90–90 goals: a call to improve HIV testing and linkage to treatment. *AIDS*. 2017;31:S191-S4.
18. Kim SH, McDonald S, Kim S, Foster C, Fidler S. Importance of Self-Motivation and Social Support in Medication Adherence in HIV-Infected Adolescents in the United Kingdom and Ireland: A Multicentre HYPNet Study. *AIDS Patient Care STDS*. 2015;29(6):354-64.
19. Bakiono F, Guiguimde PW, Sanou M, Ouedraogo L, Robert A. Quality of life in persons living with HIV in Burkina Faso: a follow-up over 12 months. *BMC Public Health*. 2015;15:1119.
20. Santos VFG, Marli Teresinha Gimenez; Cunha, Gilmara Holanda. Efeito do álcool em pessoas com HIV: tratamento e qualidade de vida 2015 [Available from: <http://www.repositorio.ufc.br/handle/riufc/15573>].
21. Pellowski JA, Kalichman SC. Health behavior predictors of medication adherence among low health literacy people living with HIV/AIDS. *J Health Psychol*. 2016;21(9):1981-91.
22. Mey A, Plummer D, Dukie S, Rogers GD, O'Sullivan M, Dombereilli A. Motivations and Barriers to Treatment Uptake and Adherence Among People Living

- with HIV in Australia: A Mixed-Methods Systematic Review. *AIDS Behav.* 2017;21(2):352-85.
23. Mills EJ, Nachega JB, Bangsberg DR, Singh S, Rachlis B, Wu P, et al. Adherence to HAART: a systematic review of developed and developing nation patient-reported barriers and facilitators. *PLoS Med.* 2006;3(11):e438.
24. Resende RC, Podestá MHMC, Souza W, Barroso TO, Vilas Boas OMGC, Ferreira EB. Adesão ao tratamento antirretroviral de pacientes vivendo com HIV/AIDS atendidos pelo Sistema Único de Saúde *Revista Universidade Vale do Rio Verde.* 2012;10(2):186-201.
25. Audet CM, Salato J, Vermund SH, Amico KR. Adapting an adherence support workers intervention: engaging traditional healers as adherence partners for persons enrolled in HIV care and treatment in rural Mozambique. *Implement Sci.* 2017;12(1):50.
26. Rajasuriar R, Chong ML, Ahmad Bashah NS, Abdul Aziz SA, Mcstea M, Lee ECY, et al. Major health impact of accelerated aging in young HIV-infected individuals on antiretroviral therapy. *AIDS.* 2017;31(10):1393-403.
27. Holloway IW, Winder TJA, Lea Iii CH, Tan D, Boyd D, Novak D. Technology Use and Preferences for Mobile Phone–Based HIV Prevention and Treatment Among Black Young Men Who Have Sex With Men: Exploratory Research. *JMIR mHealth and uHealth.* 2017;5(4):e46.
28. Feist JF, G. J.; Roberts, T.J. *Theories of Personality.* 8 ed. Porto Alegre 2015
- 2015.
29. Thomas CV, Castro EK. Personalidade, Comportamentos de saúde e adesão ao tratamento a partir do modelo dos cinco grandes fatores: Uma revisão de literatura. *Psicologia, Saúde & Doenças.* 2012;13:100-9.
30. Nunes CHSdS, Hutz CS. *Bateria Fatorial de Personalidade: Manual Técnico.* São Paulo 2010.
31. Natividade JCN, Aguirre ARA, Bizarro LB, Hutz CS. Fatores de personalidade como preditores do consumo de álcool por estudantes universitários. *Cad Saude Publica.* 2012;28(6):1091-100.
32. Allport GW. *Personality: A psychological interpretation.* New York: Henry Holt; 1937.

33. Costa PT, Jr., Busch CM, Zonderman AB, McCrae RR. Correlations of MMPI factor scales with measures of the five factor model of personality. *J Pers Assess.* 1986;50(4):640-50.
34. Costa PT, McCrae RR. Bridging the gap with the five-factor model. *Personal Disord.* 2010;1(2):127-30.
35. De Fruyt F, McCrae RR, Szirmak Z, Nagy J. The Five-factor Personality Inventory as a measure of the Five-factor Model: Belgian, American, and Hungarian comparisons with the NEO-PI-R. *Assessment.* 2004;11(3):207-15.
36. McCrae RR. The five-factor model and its assessment in clinical settings. *J Pers Assess.* 1991;57(3):399-14.
37. McCrae RR, Costa PT, Jr. Validation of the five-factor model of personality across instruments and observers. *J Pers Soc Psychol.* 1987;52(1):81-90.
38. McCrae RR, John OP. An introduction to the five-factor model and its applications. *J Pers.* 1992;60(2):175-215.
39. Silva IB, Nakano TdC. Modelo dos cinco grandes fatores da personalidade: análise de pesquisas. *Avaliação Psicológica.* 2011;10:51-62.
40. Hesse U, Capitão C, Muner LC, Rossi A. Estudo correlacional entre o HumanGuide e a Bateria Fatorial da Personalidade. *Avaliação Psicológica.* 2015;14:403-11.
41. Noronha APP, Lamas KCA, Barros MVdC. Afetos e personalidade: suas relações entre estudantes universitários. *Revista Psicologia: Teoria e Prática.* 2016;18(2):75-88.
42. Gasparetto LG, Bandeira C, Giacomoni CH. Bem-estar subjetivo e traços de personalidade em crianças: uma relação possível? *Temas em Psicologia.* 2017;25:447-57.
43. Querido IA, Naghettini AV, Orsini MRdCA, Bartholomeu D, Montiel JM. Fatores Associados ao Estresse no Internato Médico. *Revista Brasileira de Educação Médica.* 2016;40:565-73.
44. Borine B, Baptista MN, Cremasco GdS. Validade da Escala de Depressão (EDEP) com a Bateria Fatorial de Personalidade (BFP) em Universitários. *Revista Sul Americana de Psicologia.* 2016;4(2):369-91.
45. Axelsson M, Emilsson M, Brink E, Lundgren J, Toren K, Lotvall J. Personality, adherence, asthma control and health-related quality of life in young adult asthmatics. *Respir Med.* 2009;103(7):1033-40.

46. Axelsson M, Brink E, Lundgren J, Lotvall J. The influence of personality traits on reported adherence to medication in individuals with chronic disease: an epidemiological study in West Sweden. *PLoS One*. 2011;6(3):e18241.
47. Dobbels F, Vanhaecke J, Dupont L, Nevens F, Verleden G, Pirenne J, et al. Pretransplant predictors of posttransplant adherence and clinical outcome: an evidence base for pretransplant psychosocial screening. *Transplantation*. 2009;87(10):1497-504.
48. Jerant A, Chapman B, Duberstein P, Robbins J, Franks P. Personality and medication non-adherence among older adults enrolled in a six-year trial. *Br J Health Psychol*. 2011;16(Pt 1):151-69.
49. Souza JA. Personality Factors that interfere with non-adherence to AIDS treatment. Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Rede Centro-Oeste: Universidade de Brasília; 2007.
50. Srivastava K, Singh A, Chaudhury S. A Comparative study of Personality as a common pathway in HIV Sero-positive and Alcohol dependent cases on Five Factor Model. *Industrial Psychiatry Journal*. 2016;25(1):47-58.
51. Choi SK, Boyle E, Cairney J, Gardner S, Collins EJ, Bacon J, et al. Adequacy of Mental Health Services for HIV-Positive Patients with Depression: Ontario HIV Treatment Network Cohort Study. *PLoS One*. 2016;11(6):e0156652.
52. Poletto MP, Heck C, Calsa DdC, Moskovics JM. Pensamentos automáticos e crenças centrais associados ao HIV/AIDS em indivíduos soropositivos. *Temas em Psicologia*. 2015;23:243-53.
53. Thomas CV, Castro EK. Personality factors, Self-Efficacy and Depression in Chronic Renal patients awaiting kidney transplant in Brazil. *Interamerican Journal of Psychology* 2014;48(1):119-28.
54. Silveira MP, Guttier MC, Pinheiro CA, Pereira TV, Cruzeiro AL, Moreira LB. Depressive symptoms in HIV-infected patients treated with highly active antiretroviral therapy. *Rev Bras Psiquiatr*. 2012;34(2):162-7.
55. Riggs SA, Vosvick M, Stallings S. Attachment style, stigma and psychological distress among HIV+ adults. *J Health Psychol*. 2007;12(6):922-36.
56. Silva JB, Cardoso GCP, Netto AR, Kritski AL. Os significados da comorbidade para os pacientes vivendo com TB/HIV: repercussões no tratamento. *Physis: Revista de Saúde Coletiva*. 2015;25:209-29.

57. Halkitis PN, Shrem MT, Zade DD, Wilton L. The physical, emotional and interpersonal impact of HAART: exploring the realities of HIV seropositive individuals on combination therapy. *J Health Psychol.* 2005;10(3):345-58.
58. Manhas C. Self-esteem and quality of life of people living with HIV/AIDS. *J Health Psychol.* 2014;19(11):1471-9.
59. Durham M, Hart R, Buchacz K, Hammer J, Young B, Yang D, et al. Antiretroviral nonadherence and condomless sex in the HIV Outpatient Study, USA, 2007–2014. *International Journal of STD & AIDS.* 0(0):0956462417720547.
60. Costa L, Casseb J, Gascón M, Fonseca L. Personality characteristics and adherence to treatment in young HIV-positive patients in São Paulo city. 2017.
61. Henrique IFS, De Micheli D, Lacerda RBd, Lacerda LAd, Formigoni MLOdS. Validação da versão brasileira do teste de triagem do envolvimento com álcool, cigarro e outras substâncias (ASSIST). *Revista da Associação Médica Brasileira.* 2004;50:199-206.
62. Remor E, Milner-Moskovics J, Preussler G. [Brazilian adaptation of the Assessment of Adherence to Antiretroviral Therapy Questionnaire]. *Rev Saude Publica.* 2007;41(5):685-94.
63. Remor E. Systematic review of the psychometric properties of the questionnaire to evaluate the adherence to HIV therapy (CEAT-VIH). *Patient.* 2013;6(2):61-73.
64. Bussab WOM, P A. *Estatística Básica.* 5 ed. São Paulo 2004.
65. Siegel S, Castellan NJ. *Nonparametric Statistics for the Behavioral Sciences:* McGraw-Hill; 1988.
66. Anderson TW, Darling, D A. A Test of Goodness of Fit . *Journal of the American Statistical Association.* 1954;49:765-9.
67. Hosmer DWL, S Jr; Sturdivant, R X. *Applied Logistic Regression* 2013 April.
68. Bonolo PFC, M. G. B.; Rocha, G. M.; Acúrcio, F. A.; Campos, L. N.; Guimarães, M. D. C. Gender differences in non-adherence among Brazilian patients initiating antiretroviral therapy. *Clinics.* 2013;68(5):612-20.
69. Silveira MP, Guttier MC, Moreira LB, Mirzazadeh A, Page K. Predictors of non-adherence to clinical follow-up among patients participating in a randomized trial of pharmaceutical care intervention in HIV-positive adults in Southern Brazil. *AIDS Behav.* 2014;18 Suppl 1:S85-8.

70. Silveira MP, Maurer P, Guttier MC, Moreira LB. Factors associated with therapeutic success in HIV-positive individuals in southern Brazil. *J Clin Pharm Ther.* 2015;40(2):192-5.
71. Pellowski JA, Kalichman SC, Grebler T. Optimal Treatment Adherence Counseling Outcomes for People Living with HIV and Limited Health Literacy. *Behav Med.* 2016;42(1):39-47.
72. Sabino T, Casseb JSR, Fonseca LAM. Use of CEATH to evaluate adherence to ART treatment in people living with HIV/AIDS: association between viral load and level of adherence. 2015.
73. Knoll RK, Maeyama MA, Schmidlin PC, Branchi TL. Adesão ao tratamento das pessoas vivendocom hiv/AIDS em um ambulatório de um município da Foz do Rio Itajaí, Santa Catarina - Brasil2016.
74. Silva JBC, G. C. P.; Netto, A. R.; Kritski, A. L. The meanings of comorbidity for patients living with TB / HIV: implications in the treatment. *Physis: Revista de Saúde Coletiva.* 2015;25(1):209-29.
75. Oliveira FBM, Moura MEB, Araújo TMed, Andrade EMLR. Qualidade de vida e fatores associados em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Acta Paulista de Enfermagem.* 2015;28:510-6.
76. Brown LK, Kennard BD, Emslie GJ, Mayes TL, Whiteley LB, Bethel J, et al. Effective Treatment of Depressive Disorders in Medical Clinics for Adolescents and Young Adults living with HIV: A controlled trial. *Journal of acquired immune deficiency syndromes (1999).* 2016;71(1):38-46.