

JUBERTY ANTONIO DE SOUZA

**FATORES DA PERSONALIDADE QUE INTERFEREM NA
NÃO ADESÃO AO TRATAMENTO DA AIDS**

Campo Grande-MS

2007

JUBERTY ANTONIO DE SOUZA

**FATORES DA PERSONALIDADE QUE INTERFEREM NA NÃO ADESÃO AO
TRATAMENTO DA AIDS**

TESE SUBMETIDA AO PROGRAMA MULTIINSTITUCIONAL DE
PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE DA REDE CENTRO-
OESTE, CONVÊNIO UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA,
UNIVERSIDADE FEDERAL DE GOIAS E UNIVERSIDADE
FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL, COMO PARTE DOS
REQUISITOS NECESSÁRIOS PARA A OBTENÇÃO DO GRAU DE
DOUTOR EM CIÊNCIAS DA SAÚDE.

Orientador: Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha

Coordenador Geral: Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz

Campo Grande-MS

2007

Souza, Juberty Antonio de

**Fatores da Personalidade que interferem na não adesão ao tratamento da AIDS.
Campo Grande-MS, 2007.**

90 p.

Tese (Doutorado). Programa Multiinstitucional de Pós-Graduação em Ciências da Saúde da Rede Centro-Oeste, Convênio Universidade de Brasília, Universidade Federal de Goiás e Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

**Factors of the Personality that intervene for the not adesion to treatment of the SIDA.
Campo Grande-MS, 2007.**

1. HIV/SIDA 2. Personalidade 3. Adesão

*Os pesquisadores,
procuram,
estudam,
verificam,
mas...
Só Allah, Só Deus determina!*

Michael Robin Honer, 2007.

AGRADECIMENTOS

Para a elaboração e execução deste trabalho muitas pessoas contribuíram, ajudaram, incentivaram. A todas estas pessoas os maiores agradecimentos, pois certamente alguns não serão lembrados por falha exclusiva do autor.

Agradecimentos especiais aos pacientes, objetivo maior da profissão médica, que por mais que estudem e atualizem sempre serão por eles ensinados.

Aos meus familiares, razão maior da minha vida.

Ao Professor Doutor Michael Robin Honer, professor na verdadeira acepção da palavra e responsável pela formação de toda uma geração de pesquisadores.

Na pessoa do Dr. Pedro Rippel Salgado Diretor do NHU-UFMS eu agradeço a todos os funcionários e amigos da “casa” que me abriram as portas, os arquivos e as informações obtidas.

Aos meus amigos e colegas de trabalho Danusa Céspedes Guizzo Ayache; Jony Afonso Gonçalves Domingues; Fabiano Coelho Horimoto, Carla Fischer Lemos; Marcos Estevão Santos Moura e Kleber Soline Vargas Filho que se sacrificaram e permitiram que eu tivesse o tempo disponível para a tarefa.

À Marina Sassioto Figueiredo que com a sua juventude e o seu entusiasmo fez com o trabalho saísse do plano e se tornasse ação.

Aos meus amigos Eliane Setti Aguiar e José Ivan Aguiar que durante todo o tempo me apoiaram, me incentivaram dando idéias e sugestões.

À Cássia Cassanho que com dedicação esforço pessoal conseguiu preencher as lacunas e organizar o trabalho.

Diógenes e Gilza, amigos de todas as horas e que até o final do trabalho estiveram apoiando, estimulando e acompanhando cada fase. É a solidariedade dos amigos.

Ao Professor Hidelbrando Campestrini que com a competência e a elegância de sempre corrigiu e deu condições de leitura ao trabalho.

Às minhas fiéis escudeiras Maria Elba Teixeira e Angelina Mendonza Veiga que na maior parte do tempo correram atrás dos materiais necessários e agüentaram o meu mau humor.

Ao meu especial amigo Frederico Molina Cohrs que sem desanimar continuou tentando fazer com que eu acreditasse na utilidade da estatística.

À Professora Ana Deise Cardoso e família pelas idéias e sugestões constantes além do precioso apoio logístico.

À Psicóloga Adélia Josino da Silva e toda a sua equipe que tiraram plantão na DIP e buscaram os pacientes em todos os recantos de Campo Grande.

Finalmente ao Professor Doutor Rivaldo Venâncio da Cunha, que, além de acreditar, abrir caminho e orientar, não deixou que o entusiasmo e o compromisso de um velho e antigo professor esmorecessem.

SUMÁRIO

Lista de Tabelas	viii
Lista de Gráficos	x
Lista de Abreviaturas	xi
Resumo	xiii
Abstract	xiv
1. INTRODUÇÃO	15
1.1. Histórico	15
1.2. Introdução dos Medicamentos Anti-Retrovirais	17
1.3. Situação Atual no Mundo e no Brasil.....	18
1.4. Problemas no Tratamento Critérios Atuais para a Inclusão em Programas de Tratamento....	20
1.5. Adesão ao Tratamento.....	21
1.5.1. Fatores que Facilitam a Adesão.....	24
1.5.2. Fatores que pioram a Adesão.....	24
1.5.3. Critérios de Adesão.....	25
1.6. Condições de Acesso e de Atendimento aos Usuários.....	26
1.7. Estudos de Personalidade.....	27
1.8. Situação em Campo Grande-MS.....	28
2. OBJETIVOS.....	32
2.1. Geral	32
2.2. Específico.....	32
3. MATERIAL E MÉTODOS.....	33
3.1. Tipo de Trabalho.....	33
3.2. População Alvo.....	33
3.2.1. Critérios de Inclusão.....	34
3.2.2. Critérios de Exclusão.....	34
3.3. Instrumentos Utilizados.....	34
3.3.1. Ficha de Coleta de Dados.....	34
3.3.2. EFN (Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo).....	34
3.3.3. Figuras Complexas de Rey.....	36

3.3.4. Gráficos em Mosaico.....	36
3.3.5. Análise Estatística – Nível de Significância – Testes Utilizados	37
3.4. Procedimentos.....	37
4. RESULTADOS.....	39
5. DISCUSSÃO.....	52
6. ESCALA FATORIAL DE NEUROTICISMO – EFN.....	56
6.1. Vulnerabilidade.....	56
6.2. Desajustamento Psicossocial.....	56
6.3. Ansiedade.....	58
6.4. Depressão.....	59
7. FIGURAS COMPLEXAS DE REY.....	61
7.1. Tempo de Processo de Cópia.....	61
7.2. Tempo de Reprodução da Memória.....	62
7.3. Fidelidade da Cópia.....	62
7.4. Fidelidade da Reprodução.....	63
8. CONCLUSÕES.....	64
9. REFERÊNCIAS BLIOGRÁFICAS.....	65
ANEXOS.....	72

LISTA DE TABELAS

TABELA 1 – Características sócio-demográficas de 48 controles e de 18 casos do atendimento no Hospital Dia Professora Esterina Corsini – NHU – UFMS – Campo Grande/MS, 2007.....	40
TABELA 2 – Formas de contágio de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	41
TABELA 3 - Valores do EFN – Vulnerabilidade de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora. Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	42
TABELA 4 – Valores do EFN – Desajuste Psicossocial de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	43
TABELA 5 – Valores do EFN - Ansiedade de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	44
TABELA 6 – Valores do EFN – Depressão de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	45
TABELA 7 - Classificação do tempo da execução do processo de cópia de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	46
TABELA 8 – Classificação do tempo na execução do processo de reprodução das Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	48

TABELA 9 – Classificação da fidelidade do processo de cópia do Teste de Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....49

TABELA 10 - Classificação da fidelidade do processo da reprodução da memória do Teste de Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....51

LISTA DE GRÁFICOS

GRÁFICO 1 - Gráfico em mosaico das formas de contágio de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	41
GRÁFICO 2 - Gráfico em mosaico dos valores do EFN – Vulnerabilidade de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	42
GRÁFICO 3 - Gráfico em mosaico dos valores do EFN – Desajuste Psicossocial de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	43
GRÁFICO 4 - Gráfico em mosaico dos valores do EFN - Ansiedade de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	44
GRÁFICO 5 - Gráfico em mosaico dos valores do EFN – Depressão de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	45
GRÁFICO 6 - Gráfico em mosaico da classificação do tempo da execução do processo de cópia 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	46
GRÁFICO 7 - Gráfico em mosaico da classificação do tempo na execução do processo de reprodução pela memória, das Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	47
GRÁFICO 8 - Gráfico em mosaico da classificação da fidelidade do processo de cópia do Teste de Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	49
GRÁFICO 9 - Gráfico em mosaico da classificação da fidelidade do processo da reprodução da memória do Teste de Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.....	50

LISTA DE ABREVIATURAS

AIDS - Síndrome de Imuno Deficiência Adquirida

ARV - Associated retrovirus ou Anti-retroviral

ART - Terapia anti-retroviral

CDC - Center for Disease Control and Prevention

DIP - Doenças Infecto Parasitárias

DST - Doenças sexualmente transmissíveis

DQ – Dependente Químico

EFN - Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo

GC - Grupo Controle

GE – Grupo de Estudo

HAART - Highly Active Antiretroviral Therapy

HD - Hospital Dia

HIV - Human Immunodeficiency Vírus

IBGE – Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística

MS - Ministério da Saúde

NHU - Núcleo do Hospital Universitário

OMS - Organização Mundial de Saúde

SICLON – Sistema Integrado de Controle de Medicamentos

SPA - Substâncias Psico-ativas

SUS - Sistema Único de Saúde

TCE - Traumatismo Crânio Encefálico

UDI - Usuário de Drogas Injetáveis

UFMS - Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

RESUMO

O trabalho teve como objetivos verificar os traços de personalidade de pessoas com HIV/AIDS que apresentam ou não adesão ao tratamento, no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Estudo do Tipo Caso-Controle, em que os casos em número de 18 foram as pessoas que não apresentavam adesão ao tratamento foram comparados aos controles em número de 48 representados pelas pessoas que apresentavam adesão ao tratamento.

Todos os pacientes foram entrevistados sendo utilizado uma ficha de coleta de dados sócios demográficos e informações clínicas; o Teste EFN além do Teste de Figuras Complexas de Rey sendo os resultados comparados entre os dois grupos usando o χ^2 Qui Quadrado.

Em relação aos dados sócios demográficos não houve diferença estatística, como também não houve diferenças estatísticas relacionadas aos resultados do Teste EFN e das Figuras Complexas de Rey, mas devido a natureza do fenômeno em estudo as diferenças se revestem de importância para a saúde pública.

Palavras chaves = HIV/AIDS; Personalidade; Adesão.

ABSTRACT

This work aimed to verify personality traits of people with HIV/AIDS that present or not adherence to the treatment, in the Day Hospital Professora Esterina Corsini at Núcleo de Hospital Universitário of Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

It was a Case-Control study, where cases in number of 18, were people who did not present adherence to the treatment, compared to controls in number of 48 represented by people who presented adherence to the treatment.

All patients were interviewed using a form to collect socio-demographic data, and clinical information; The Test EFN and the Rey Complex Figures Test had the results compared between the two groups using Qui Square test.

According to the socio-demographic data, groups studied did not present any statistical difference. Also they did not present any statistical differences related to the results of Test EFN and the Rey Complex Figures, but according to the origin of the phenomenon studied, the results are important to the public health.

Key Words = HIV/AIDS; Personality; Adhesion.

1. INTRODUÇÃO

1.1. Histórico

A Sindemia¹ se constitui na epidemia da atualidade, provocando profundas mudanças sociais. Após a identificação dos sete casos, em 1981, associada à conduta homossexual e ainda sem a devida compreensão, com a comprovação dos novos casos, também ligados à área sexual, desencadeou reações de medo e de pânico.

Uma das dificuldades iniciais foi que os primeiros casos não foram detectados em função da síndrome específica e sim por suas conseqüências como os sarcomas de Kaposi ou pelas infecções oportunistas como as pneumonias. Entretanto, rapidamente outras condições clínicas foram associadas à síndrome como neuropatias, demências, encefalopatias e diferentes formas de meningites como demonstradas pelos trabalhos de Bossi e Bricaire (1995), e Wang et al. (1995), considerando as comorbidades em até 70-80%, ou mesmo como conseqüências.

Pelo desconhecimento dos fatores etiológicos, da fisiopatologia e por ser identificada como de responsabilidade de homossexuais, usuários de drogas injetáveis, que tradicionalmente eram estigmatizados, é que ainda hoje continuam carregando estes estigmas, como apontados por Vermelho *et al.* (1999); Santos (2002) e Mota (1998).

Assim, as reações sociais foram as mais diversas, atingindo as mais diferentes instâncias, como a expulsão de pessoas infectadas de suas cidades, principalmente nas pequenas. Nas igrejas, as pregações eram contra os pacientes, fazendo com que a rejeição e a estigmatização se tornassem maiores. O governo do Presidente Ronald Reagan deixou feridas profundas: as vítimas da Aids.

"Não é só que tenha simplesmente ignorado a doença. (...) O que é incrível é que ele e sua administração tenham decidido deliberadamente não fazer nada", disse Mark Milano, especialista em terapia de Aids que desde 1981 vive com o HIV.

Os primeiros indícios da epidemia surgiram no início da presidência de Ronald Reagan (1981-1989), quando uma rara forma de câncer começou a se manifestar entre os homossexuais.

¹ Sindemia – Epidemia em que os problemas em um determinado contexto se estendem além da simples soma dos problemas individuais, mas, antes, se interpenetram e se reforçam mutuamente, de maneira sinérgica. (Oxford Dictionary).

O termo Aids apareceu em 1982, quando mais de 1.500 americanos foram diagnosticados com a doença.

Mas foi só em 1987 que Ronald Reagan mencionou a palavra em público pela primeira vez, lembram os ativistas. Naquele ano, o número de casos tinha saltado para 60.000, dos quais 30.000 foram fatais.

Paradoxalmente, estas pessoas também encontravam obstáculos para serem atendidas nos estabelecimentos de saúde ou pelos profissionais de saúde, contribuindo para o aumento do medo e da ansiedade, principalmente porque era amplamente divulgado que a sobrevida era de no máximo cinco anos.

Farmer et al. (2002) reforçam que os principais fatores que favoreceram a rápida disseminação do HIV são de caráter social, ou seja, a pobreza e a violência. Fato este reforçado por Fernandes (1998), ao mostrar que na África do Sul a epidemia tem todas estas características, enquanto que Vermelho et al. (1999) lembram que se inicialmente a AIDS era uma doença de homossexuais masculinos, de usuários de drogas injetáveis e de hemofílicos, agora a preocupação é com as mulheres em idade reprodutiva, em função das mudanças sociais que experimentaram.

Nenhuma das medidas terapêuticas produziu resultados satisfatórios, pois eram dirigidas às doenças comórbidas ou às doenças conseqüentes. De uma forma consensual os diferentes países perceberam que a maior medida terapêutica seria a adoção da prevenção como a mais efetiva buscando a diminuição das taxas de contágio enquanto se continuavam as pesquisas para o tratamento de maior eficácia para as pessoas já infectadas.

Ainda nas fases iniciais da epidemia, houve a comprovação de que apenas o conhecimento, as aquisições de informações, por si sós não trazem a garantia de mudança de comportamento necessário para o controle de qualquer epidemia, como confirmado por Mota (1998), ao observar que a AIDS evidencia preocupação e medo, mas não leva a uma efetiva proteção. Esta informação, no que diz respeito à prevenção e a aspectos básicos sobre a transmissão, é relativa, reforçada por Paicheler (1999), ao lembrar que muitos estudos deixaram de mostrar o elo entre o conhecimento e a mudança da ação.

Na evolução do tratamento, Mota (1998) aponta que, nos aspectos preventivos, a parcela da população mais atingida inicialmente foi a das pessoas homossexuais e justamente a que apresenta hoje melhor percepção do risco e, ao contrário, os sujeitos inscritos dentro de um leque de possibilidades “morais – sexuais” (os chamados heterossexuais masculinos) são os que

demonstram maior inconsistência na redução do risco para o HIV/AIDS, induzindo uma maior vulnerabilidade entre as mulheres heterossexuais.

Com isto buscavam-se meios mais efetivos de tratar as pessoas infectadas, e as sociedades perceberam que não mais existiam grupos de risco (homossexuais, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis), mas sim comportamentos de risco, exemplificados por Santos (2002). As características das pessoas haviam mudado. O grupo de pessoas sujeita às condutas homossexuais começa a propagar e adotar cuidados preventivos, como mostrados por Mota (1998); e a epidemia se mantinha e aumentava em função dos usuários de drogas injetáveis (pelo compartilhamento de seringas contaminadas) e, posteriormente, pelas pessoas com condutas bissexuais e ainda pela transmissão vertical verificada antes da introdução da profilaxia da HAART. Desta forma, as campanhas preventivas fizeram com que a epidemia se tornasse mais visível e, como tal, com maiores possibilidades de identificação e de tratamento. O conhecimento e a adoção de medidas terapêuticas mais efetivas propiciaram uma sobrevida maior, que anteriormente era de cinco anos, e com melhora da qualidade de vida. Assim, hoje é possível verificar proporções cada vez maiores de pessoas com contágio com mais tempo de vida e com qualidade. Não raro, pessoas com 10 a 15 anos de contágio continuam a viver e exercer as suas atividades, evidenciadas pelas avaliações do uso dos medicamentos como a zivodudine em 1985, como mostrado por Wang *et al.* (1995) e posteriormente com a utilização da HAART como mostrado por Sacktor *et al.* (2001).

Hoje, a AIDS pode ser considerada como uma doença crônica, em que não se identificam mais grupos de risco, haja vista a compreensão e aceitação de que toda a população está em risco e, num determinado momento, pode haver um “afrouxamento” das medidas de prevenção podendo haver um recrudescimento da epidemia, que hoje aponta para a feminilização como mostrado por Tostes (2007), Ferreira *et al.* (2005) e Fernandes *et al.* (2007).

1.2. Introdução dos Medicamentos anti-retrovirais

Os medicamentos anti-retrovirais fizeram com que mudasse o perfil da epidemia. Ceccato *et al.* (2004) estimam que a introdução da HAART leve a uma redução da mortalidade em 50% e redução de 80% na taxa de internação, além da diminuição das infecções oportunistas.

Enquanto todas as campanhas de prevenção trazem a sua contribuição para o decréscimo das taxas de infecção, a introdução destes medicamentos fez com que houvesse a diminuição das taxas de óbitos, fazendo com que a sobrevivência não só aumentasse como também a melhora da qualidade de vida. Um dos resultados disto é que também mulheres jovens e com contágio têm apresentado gestação e parto com recém-nascidos sem a positividade para o vírus e tem sido percebido que o advento da HAART deu aos pacientes outro alento de vida.

Ainda, Sacktor *et al.* (2001) apontaram que o uso das HAART é efetivo em suprimir ou diminuir as taxas virais do HIV no plasma e indicam que as incidências das doenças neurológicas que se expressam em mudanças comportamentais também têm diminuído, mas questionam se estes resultados podem ser generalizados para a população ou se devem ser aceitos apenas onde os estudos foram realizados. Farmer *et al.* (2002) apontam a redução das comorbidades em até 90%, o que tem influenciado de maneira considerável a trajetória da epidemia.

Wood *et al.* (2003) concluíram que as pessoas que não apresentavam adesão ao tratamento mostravam uma evolução mais rápida das seqüelas da doença e que a mortalidade é maior entre as pessoas dos que não apresentam adesão do que entre as pessoas que seguem o tratamento.

1.3. Situação Atual no Mundo e no Brasil

Lemos e Valente (2001) acreditam que apenas um quinto dos casos de AIDS ocorrido no mundo e notificado à OMS (Organização Mundial de Saúde) e que nas Américas, excluindo-se os EUA, cerca de 60% dos casos não são registrados. Ferreira e Portela (1999) estimam que no Brasil a possibilidade de uma pessoa ser diagnosticada e ter a sua notificação no mesmo ano é de 68%, e lembram que a subnotificação leva sempre a uma avaliação equivocada da magnitude do problema, além do que, em decorrência, leva a uma sublocação de recursos, com prejuízos em todas as ações. Acredita, ainda, que a notificação de crianças infectadas é menor, o que poderia dentro de alguns anos mudar para pior o perfil da epidemia.

Farmer *et al.* (2002) consideram a existência de mais de **36 milhões** de pessoas infectadas pelo HIV no mundo, Fauci (2007) considera em 40 milhões as pessoas infectadas, salientando que para cada pessoa que começa o tratamento outras seis são infectadas. Gilbert e Walker (2002) indicam que na África do Sul e na África Subsaariana, à semelhança de outros locais, a epidemia

continua a crescer, sendo esperado o pico da epidemia para o ano de 2010, e tornando mais visíveis as diferenças sociais, citandos como exemplo, que a expectativa de vida entre os negros é bem menor, e que a mortalidade infantil entre os negros é sete vezes maior do que na população branca.

No Brasil o Ministério da Saúde (2006) mostra que do início da epidemia em 1980 até o mês de junho de 2006, houve a notificação de 433.067 casos; na Região-Centro Oeste houve 24.086 casos, fazendo 5,6% do total nacional, e a notificação de 4.016 casos no Estado de Mato Grosso do Sul, sendo 0,9% dos casos brasileiros. Na cidade de Campo Grande houve a notificação de 2.446 dos casos, constituindo-se no vigésimo município nacional, considerando 0,6% a quantidade de pessoas diagnosticadas.

Lembrando ainda a forma de contágio em nível nacional, a via sexual foi a mais comum com 63,8% (41,5% por população heterossexual; 14,7% pela população homossexual e 7,6% por condutas bissexuais), seguida da via sangüínea com 20,3% (sendo a grande maioria nesta categoria constituída pelos usuários de drogas injetáveis com 19,0%; 0,8% através de transfusão, valor este que é menor que as taxas iniciais, que provavelmente se deu pela triagem dos doadores de sangue, e 0,4% pelos pacientes hemofílicos).

A análise geral da epidemia indica que as taxas de notificações têm decrescido, podendo ser apontadas como responsáveis as aceitações das informações sobre a doença. Uma vez diagnosticada, necessita-se verificar como é que esta pessoa se vincula ao tratamento para que se obtenha um melhor resultado.

Entretanto em uma parcela considerada dos casos notificados, caracterizados por 13,1% não foi possível verificar a forma de contágio, mostrando ainda que os esforços preventivos ou de monitoração não têm resultado em segurança para a população.

Inicialmente as pessoas relutavam em buscar o tratamento em função de se sentirem expostas nos locais e alvo de discriminação, sendo necessárias a adoção de medidas de proteção à identidade e a garantia da continuidade do tratamento.

Entretanto, mesmo com todas estas medidas, uma parcela de pacientes não se vincula ao tratamento, deixando de ser beneficiada, ficando mais exposta aos riscos e trazendo interrogações sobre quais as circunstâncias presentes que dificultam ou impedem a adesão das pessoas.

Oliveira *et al.* (2002) lembram que o Brasil possui um programa nacional de controle da infecção pelo HIV/AIDS, considerado como um modelo para o mundo, que garante ao paciente o direito de receber gratuitamente, pelo SUS todos os medicamentos necessários ao tratamento.

Desta forma, o acesso universal à terapia ARV e a oferta de outros tipos de assistência levaram à redução das internações hospitalares e dos óbitos por AIDS no Brasil, como evidenciado por Fonseca e Barreira, (2001) *apud* MS (2006). Segundo Lauria *et al.* (2000), pode-se observar uma queda tanto no número absoluto de óbitos quanto na letalidade por AIDS e levando a uma maior sobrevida e uma melhora na qualidade de vida.

1.4. Problemas no Tratamento – Critérios Atuais para a Inclusão em Programas de Tratamento

Como tratamento se entendem todas as medidas, de qualquer natureza, utilizadas no sentido de interromper ou retardar a evolução de patologias ou de suas conseqüências e que visem o afastamento da causa, a remissão da sintomatologia, o fim ou a minimização do sofrimento, o restabelecimento funcional e a reinserção funcional.

Portanto, o tratamento apresenta vários componentes que têm importância em sua totalidade, sendo que a carência de um ou mais destes elementos pode afetar ou prejudicar os resultados destas medidas.

Dentre os elementos habitualmente presentes estão os critérios diagnósticos, os diferentes instrumentos terapêuticos, o acesso ao serviço e a disponibilidade de recursos físicos e materiais além dos fatores próprios do paciente.

Paicheler (1999) lembra que, para a instalação da terapêutica com medicamento ART, o critério a ser seguido inclui uma avaliação geral, a avaliação do estado imunitário da pessoa de acordo com o CDC, e que deve ser iniciada a terapêutica quando houver manifestações clínicas intensas que justifiquem a decisão, independente do estado imunitário. Entretanto, o sucesso ou não do tratamento implica obrigatoriamente na discussão do que se convencionou designar de “adesão” ao tratamento.

1.5. Adesão ao Tratamento

As conceituações de adesão dirigem-se para um consenso. São buscados os fatores que aperfeiçoem o tratamento, levando a melhora do quadro clínico, o controle das patologias oportunistas, mas há também a necessidade de um trabalho juntamente com o paciente e a sua família no sentido de que o paciente deve tomar os medicamentos na dosagem preconizada, no horário indicado, de uma forma regular e seguindo as orientações.

As discussões iniciam-se já na designação do fenômeno. Nos países de língua inglesa podem ser encontrados os termos de *compliance e adherence*. O termo *compliance* em geral apresenta o significado de obediência e submissão, como frisado por Brambatti e Carvalho (2005) e reforçado por Mark *et al.* (2007).

Já adesão tem o significado mais amplo que a simples participação e pressupõe a concordância, a compreensão, a participação, o compromisso na ação além da aceitação do papel de paciente e com todas as suas implicações.

Andrade (1998) considera como adesão a participação do usuário nas atividades multiprofissionais propostas e o reconhecimento e adoção das orientações preconizadas na medida da correspondência entre os objetivos do estabelecimento e as expectativas da clientela deste serviço.

A adesão ao tratamento de manutenção é necessária, devendo ser um elemento de fundamental importância no planejamento de qualquer tratamento ou projeto de saúde, como apontado por Gomes *et al.* (1999) e que a não adesão não se refere apenas aos efeitos colaterais, mas também à falta de orientação, à demora no tempo para o paciente ser atendido, à forma de atendimento dos funcionários além da falta de conforto nas instalações físicas.

Santos (2004) reforça que, ao estudar adesão, deve considerar os componentes deste processo, a saber: a noção de doença de que o paciente dispõe; o lugar do médico em seu pensamento, sua idéia e a idéia de cura ou a melhoria que se forma na sua mente.

Moreno e Soares (2003) indicam ainda que adesão seja, além da tomada correta da medicação, também o comparecimento às consultas, o comprometimento com a veracidade das informações prestadas aos cuidadores e o seguimento das orientações gerais quanto ao estilo de vida.

Entretanto, a não-adesão ao tratamento tem-se mostrado um problema real em todas as áreas da medicina como afirmam diversos autores, entre os quais Pristach e Smith (1990), enquanto que Chesney *et al.* (1999) consideram que a não-adesão seja a maior ameaça para o tratamento e apontam para a necessidade do conhecimento dos fatores psicológicos e sócio-culturais das populações consideradas no trabalho.

Andrade (1988) aponta ainda que “a adesão dos usuários a um determinado serviço está na dependência direta da satisfação das suas expectativas e aspirações”, e que tem uma relação direta com os seguintes aspectos: acesso, receptividade e acolhida, fluxo interno e externo (agendamento e tempo de espera), qualidade do atendimento, disponibilidade dos mecanismos de suporte (medicamentos e preservativos) e deve ter como consequência a adoção das orientações preconizadas pela equipe.

Ickovics e Meisler (1997) simplificam e apontam que a adesão ao uso de medicamento significa o senso de autonomia do paciente em adotar os procedimentos prescritos em termos de dosagem, quantidade, frequência e outros, com que concorda Fawcett (1995), ao considerar que a adesão habitualmente significa: a extensão de cuidados que o paciente toma com as medicações prescritas.

Chiaravalloti *et al.* (2002), reforçam ainda que o objetivo da adesão é identificar fatores que interferem e implicam no aumento satisfatório do grau de conhecimento, buscando diminuir o descrédito da população nos serviços de saúde, diminuir a falta de interesse em participar de campanhas preventivas e diminuir a crença no caráter inevitável da doença.

Para isto, torna-se necessário que no desenvolvimento de ações sejam incluídos estudos sobre os fatores psicossociais, culturais de uma comunidade, no reconhecimento de seus valores, de suas experiências e crenças sobre a doença, para melhor buscar o seu controle e a sua prevenção.

A experiência torna-se negativa quando se responsabiliza a pessoa pela não-adesão ao tratamento, tornando-se num dos mais perniciosos efeitos do mau funcionamento dos serviços públicos sendo necessários a confiança e o vínculo entre o usuário e o serviço. É negativa a desconsideração do saber popular sobre a prevenção, no que é reforçado por Nageotte *et al.* (1997), quando lembram que a baixa adesão à medicação é um problema em todas as áreas da medicina.

Os estudos sobre a adesão ao tratamento datam da década de 60, quando se buscava a sua compreensão sobre as doenças crônicas como a diabetes, a hipertensão, além das doenças mentais, havendo o consenso que o importante era a aceitação das orientações médicas. Entre os médicos, quando isto acontece, reconhece-se que houve o bom resultado da Relação Médico-Paciente.

Kampman e Lehtinen (1999) apontam que, na prática clínica, a avaliação das adesões aos tratamentos é baseada nos relatos dos pacientes sobre os medicamentos; nos fatores internacionais, como o modelo terapêutico e a aliança terapêutica. Uma das contribuições da tecnologia atual é a das possibilidades de monitoração eletrônica da medicação lembrada por Bansberg *et al.* (2001).

Moss *et al.* (2004) apontam que uma das vantagens do estudo de adesão ao tratamento é a possibilidade de previsão do diagnóstico destes pacientes. A adesão mostra-se um forte preditor da continuidade ou não do tratamento. Exemplificam que os afro-americanos dependentes de crack e de cocaína e as pessoas deprimidas apresentaram uma baixa adesão. Entretanto, os homens que fazem sexo com homens se beneficiaram com o tratamento pela aceitação e pelo seguimento das medidas preconizadas.

Tendo em vista a grande quantidade de estudos sobre o assunto foi realizado um Simpósio de Adesão à Medicação na cidade de Ontário - Canadá, sendo então a adesão definida como um fenômeno complexo representado por uma contribuição pessoal para o gerenciamento de uma doença e constituído numa larga variedade de comportamentos pelo paciente.

Nesta ocasião foi reforçado o conhecimento de duas teorias propostas para explicar o comportamento de adesão:

- 1) **The role theory** – podendo ser traduzida como a “teoria do papel de doente”, em que a pessoa é definida como doente e na necessidade de ajuda de um especialista e que esta pessoa deve obedecer às orientações recebidas. O sucesso ou fracasso depende de uma vasta e complexa interação entre o paciente e o clínico.
- 2) **Health Belief Model** – traduzida como “Modelo de Crença na Saúde”, baseado na percepção de uma ameaça para a saúde e na crença de que um ato em particular pode reduzir aquela ameaça. A decisão em agir depende do peso das vantagens e desvantagens. Entretanto este

processo nem sempre é direto e pode causar ansiedade grave ou ainda uma situação de conflito.

1.5.1. Fatores que Facilitam a Adesão

Como fatores facilitadores da adesão ao tratamento, Sorensen *et al.* (1998) apresentam a combinação de tratamentos, a monitoração eletrônica dos medicamentos, sendo que o fácil acesso aos serviços de saúde talvez seja o principal facilitador como apontado por Gomes *et al.* (1999). A disponibilidade de medicamentos, o conforto físico das instalações, a educação e o sentimento de estar protegido durante o tratamento podem ser aumentados. A adesão ao tratamento pode ser aumentada por terapêuticas cognitivo-comportamentais, como a terapia da adesão, e outras intervenções psicossociais.

Ingerson e Heckman (2005) acrescentam que fatores sócio-demográficos, como nível de escolaridade, gênero e etnia, não são relatados na maioria dos estudos. Reforçam que os fatores de baixa adesão são os efeitos indesejados, doenças psiquiátricas como depressão, álcool e drogas ilícitas e a falta de suporte social.

Carballo *et al.* (2004) consideram a terapia pelas HAART como um fator que facilita a adesão ao tratamento pelo conhecimento de sua eficácia, e que o sucesso do tratamento depende do número de variáveis lembrando que a satisfação das necessidades básicas é um dos principais fatores de auxílio à adesão.

Gupta, Silva, Passos (2005) consideraram que a assistência domiciliar aumenta a adesão ao tratamento, indicando que seria uma medida que poderia sistematicamente ser utilizada, e exemplificam que, no Brasil, apenas de 60-69% seguem o tratamento com ARV de forma adequada e considerada insuficiente para controlar a epidemia.

1.5.2. Fatores que Pioram a Adesão

Perkins (2002) aponta que a não adesão está ligada à recaída, necessitando de novas hospitalizações, aos altos custos, quando não há a garantia do fornecimento de medicação pelos órgãos competentes, as crenças acerca de suas doenças, o que é reforçado por Schonnesson *et al.*

(2004), que lembram a dificuldade em tomar os medicamentos, a quebra da rotina diária, o desejo de não ser identificado e o esquecimento do horário das tomadas.

Ainda Silveira *et al.* (2003) apontam como fatores que pioram a adesão o aumento dos medicamentos utilizados no tratamento, por exemplo, na Uganda a média é de 30 comprimidos prescritos, sendo que o paciente volta fim do mês com a caixa vazia, desta forma, fica-se sem saber se o paciente tomou a medicação ou não. Um dos fatores de certeza da tomada da medicação é a presença dos efeitos indesejados, colaterais, as alterações emocionais e principalmente a ansiedade.

A não adesão ainda está associada ao fracasso do atendimento clínico; a recusa em entrar no hospital; o medo em iniciar o programa, a interrupção prematura do tratamento; tomar os medicamentos em dosagens erradas e tempos errados, reforçado por Ingerson e Heckman (2005), além de apontar os seus efeitos indesejados, as doenças psiquiátricas concomitantes, os dependentes alcoólicos e de drogas, e principalmente a falta do suporte social.

Adams e Howe (1993) sintetizam os fatores de pobre adesão: custo da medicação, as características da hospitalização; as características do paciente e os efeitos colaterais dos medicamentos, sendo que neste trabalho foram avaliados cinco fatores: 1) efeitos colaterais, 2) dificuldades em obter os medicamentos, 3) reforço para não tomar os medicamentos, 4) benefícios indiretos e 5) o alívio dos sintomas.

1.5.3. Critérios da Adesão

Existem vários métodos e técnicas desenvolvidas para avaliar a adesão ao tratamento, mas nenhum apresenta credibilidade de 100%, devendo sempre haver a lembrança de vieses em todas as etapas do tratamento, assim como também não existem estudos que definam o nível ideal de adesão, tendo em vista as culturas diferentes e a percepção da doença como tal.

Garcia *et al.* (2005) lembram que vários trabalhos mostram que os níveis de adesão devem considerar o uso acima de 95% dos medicamentos prescritos para que não haja o desenvolvimento de resistência do vírus e salienta que esta taxa é maior do que nas outras áreas da medicina.

Monreal *et al.* (2002) colocaram como critério de adesão a tomada de pelo menos 80% dos medicamentos prescritos na semana anterior à avaliação, enquanto que Carvalho *et al.* (2003) consideraram a adesão a tomada de pelo menos 80% até 95% da medicação prescrita.

Silveira *et al.* (2003) consideram, como requisito para a adesão, o uso de pelo menos 95% dos medicamentos prescritos, assim como Carballo *et al.* (2004), lembrando que no Brasil o critério mais utilizado é o da tomada de mais de 80% dos medicamentos prescritos.

1.6. Condições de Acesso e de Atendimento aos Usuários

Oliveira *et al.* (2002) lembram que o Brasil possui um programa nacional de controle da infecção pelo HIV/AIDS considerado como um modelo para o mundo, que garante aos portadores do vírus HIV e AIDS a oferta gratuita do tratamento de outros tipos de assistência, o que tem possibilitado a redução das internações hospitalares, dos óbitos por AIDS no Brasil apontados pelo Ministério da Saúde (2006); Fonseca & Barreira (2001) evidenciaram uma diminuição de crescimento anual da mortalidade por AIDS no Brasil. Segundo Lauria *et al.* (2000), pode-se observar queda tanto no número absoluto de óbitos quanto na letalidade por AIDS, acentuadamente a partir de 1996, ano em que foi iniciada a distribuição dos inibidores da protease na rede de saúde, levando a um aumento da sobrevivência dos portadores de HIV e AIDS.

As boas práticas de dispensação requerem a observância da facilidade de acesso e a diminuição dos trâmites burocráticos, que sabidamente no Brasil são intensos. Estas medidas de facilitação deveriam incluir: a facilidade de se conseguir os protocolos; que estes fossem simplificados; que as formas de encaminhamento e recebimento também fossem simplificadas; a disponibilidade de medicamentos tanto para o início como para a manutenção do tratamento é consideradas os principais pontos negativos para aqueles que apontaram uma insuficiente orientação quando da dispensação dos medicamentos, além de funcionários fora da sua função habitual, portanto inadequados na função de orientação.

Gomes *et al.* (1999) incluem ainda como fatores negativos nas condições de atendimento a falta de orientação, a falta do sigilo quanto ao seu atendimento, à privacidade e que os pacientes muitas vezes não querem ser vistos com outras pessoas e não sabem fazer isto com discrição; o tempo de espera no atendimento, a percepção se as pessoas que promovem o atendimento estão ou não de boa vontade. Quanto aos aspectos físicos, os únicos efeitos avaliados negativamente

foram a falta de conforto nas instalações físicas, a ausências do serviço de odontologia e a dificuldade em conseguir atendimento em outros serviços referenciados.

Filgueiras e Deslandes (1999) consideram que a adesão ao tratamento pode ser favorecida tanto pela compreensão que o indivíduo tem a respeito do seu problema de saúde e do que lhe foi prescrito, sendo um dos fatores primordiais o nível de confiança que adquire no profissional que o atende.

Razali e Yahya (1995) confirmaram haver maior adesão ao tratamento, quando há o envolvimento dos familiares e pacientes para a monitoração do uso correto destes medicamentos e dos seus cuidados, facilitando a criação de um ambiente de maior segurança, no que é lembrado por Kemp *et al.* (1996), apontando para a existência de muitas estratégias para aumentar a adesão tem sido sugerida, mas não avaliadas de forma satisfatória.

Acurcio e Guimarães (1999) consideram como positivo o acesso gratuito e ressaltam que este procedimento se constitui na principal e por vezes na única possibilidade de obtenção e utilização dos medicamentos necessários.

Seidl, Costa e Troccoli (2006) concluíram que renda familiar, suporte social, emocional e enfrentamento focalizado no problema foram fatores preditores de melhora de qualidade de vida.

1.7. Estudos de Personalidade

São poucos os estudos em que se procura associar as características pessoais com a adesão ao tratamento. Têm-se estudado as condições de atendimento, o acesso aos medicamentos, a política nacional, mas, pelas dificuldades próprias, as características individuais da personalidade não têm sido estudadas.

As diferentes conceituações de personalidade apontam para a sua importância na compreensão do elemento humano desde os antigos egípcios como a relevância conceitual do *ka*, segundo Ayache (2006), passando por todas as escolas psicológicas como a dos humanistas, comportamentalistas, psicanalistas até a conceituação atual representada por D'Andrea (1991), com associação de uma instância biológica, hereditária, o temperamento e o aprendizado a partir da família e designada de caráter. Desta forma, o desenvolvimento da personalidade se dá a partir de um “substrato” e complementada pelas experiências da vida.

Cabral *et al.* (1986) apontaram, após trabalharem com pessoas acometidas por patologias reumáticas, que os traços de personalidade se constituem em fatores importantes na evolução e no tratamento destes pacientes e concluíram sobre a existência predominante de características obsessivas nos pacientes tratados com artrite reumatóide.

Souza, Bueno e Motta (1998), em ampla revisão sobre características de personalidade, apontam a dificuldade de se trabalhar com a categoria personalidade e, devido à amplitude conceitual, mostram a adequação em se trabalhar com o conceito de “traços de personalidade”, mostrando ainda que estas características podem influenciar seja na instalação, seja na evolução ou no prognóstico da doença.

Richter, Daker e Biczko (1994) lembram os trabalhos de outros pesquisadores que apontam que os traços de personalidade modificam ou influenciam o quadro clínico.

Considerando HIV/AIDS, o trabalho de Andrade (1998) mostrou que a pessoa soropositiva não demonstrava boa adesão ao tratamento, sendo boa parte por não aceitar estar infectado. Alguns buscam na religião a cura para si e com alguma frequência, ao retornarem ao tratamento, encontrasse em piores condições clínicas.

Também os dependentes de drogas mostram uma difícil vinculação, em geral não se adaptam ao tratamento, reclamam do atendimento, mudam constantemente para outros serviços. Esta instabilidade, afirmam os profissionais, é reflexo do seu modo de vida, pautado no descuido consigo mesmos.

Gomes *et al.* (1999) consideram que alguns não querem se tratar porque querem vingança, ou seja, querem espalhar mais a doença pela não conformação de terem sido contaminados e outros não suportam esperar o atendimento e ainda a explicação de que as pessoas que estão promovendo o atendimento o estão fazendo de má vontade.

1.8. Situação em Campo Grande – MS

Campo Grande é a capital do Estado de Mato Grosso do Sul, em que a sua população, estimada pelo IBGE para 2007, é de 724.524 habitantes, cerca de 1/3 de toda a população do Estado. À semelhança de outros estados de menor porte é para a capital que convergem as pessoas para tratamento que não tiveram sucesso nos seus locais de origem.

Em relação à AIDS ocorreu de forma semelhante. É na capital que se situam os dois serviços de referência na região. O primeiro serviço é o da DIP (Doenças Infecto-Parasitárias) do Núcleo do Hospital Universitário da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul, em que, além dos alunos da graduação dos cursos de medicina e enfermagem, fazem estágio os alunos da Residência Médica da DIP, sendo o primeiro serviço de referência em toda a região. Dentre as suas atividades contam os atendimentos ambulatoriais, a internação integral e a internação parcial (Hospital Dia). A quantidade de atendimentos neste serviço, em regime de internação no período de 2003 e 2004 foi de 392 (256 do sexo masculino, 136 do sexo feminino). Ao se considerar o atendimento das pessoas com HIV/AIDS estes valores foram de (71,4%) 280 atendimentos (177 do sexo masculino e 103 do sexo feminino).

Os óbitos no mesmo período foram em número de 57 (35 homens e 22 mulheres pelas diferentes doenças decorrentes da ação de agentes infecciosos oportunistas ou pelas doenças concomitantes), enquanto nos portadores de HIV/AIDS foram de 47 (32 homens e 15 mulheres).

O segundo serviço é o Hospital Dia situado na Nova Bahia que é um serviço municipal e que tem uma área de atendimento integrado com os outros serviços de saúde.

Os profissionais que atuam na área são unânimes em afirmar que o grande avanço sobre o tratamento foi a introdução dos medicamentos anti-retrovirais. Com esta opção terapêutica foi evidenciada uma drástica redução na taxa de mortalidade entre os pacientes da região, à semelhança dos pacientes de outros locais.

Também há o consenso entre os profissionais de que além das taxas de mortalidade, a sobrevivência das pessoas em tratamento tornou-se de melhor qualidade; e entre os profissionais mais novos, as duras condições iniciais de tratamento não apenas uma parte histórica da epidemia enquanto os profissionais mais antigos vivenciaram e contribuíram para que o tratamento atual tenha melhor prognóstico.

Este fato motivou mais não apenas os pacientes a se vincularem melhor com o tratamento, mas também motivou mais os profissionais de saúde, pois de acordo com a velha máxima popular: **fazemos melhor o que sabemos fazer melhor, o que dá melhores resultados e o que nos dá maior prazer. Desta forma, tendo melhor prognóstico, de uma forma automática também dá mais vontade de fazer. Isto aconteceu com os médicos.** Quando a perspectiva de tratamento era o de tentar manter o paciente vivo por mais algum tempo, esperando que alguma informação pudesse mudar o quadro, e que isto não vinha, e que as taxas de mortalidade

continuavam sendo altas, o exercício da profissão era realizado mais por dever do que por prazer e esperança.

Mas, a partir do conhecimento, da utilização do “coquetel” e da verificação dos seus resultados, não só se tornaram fáceis os trabalhos como as esperanças de bom resultado aumentaram. Com a noção atual de que a AIDS se torna uma doença crônica e que a letalidade pode baixar ainda mais, o ânimo, a disposição e a expectativa dos profissionais tornaram-se maiores.

Hoje há o consenso de que a adesão não significa apenas a anuência do paciente, mas que também devem ser consideradas a estrutura de atendimento, o acesso aos serviços, a continuidade e a disponibilidade da medicação, os efeitos indesejados e as características pessoais dos pacientes.

Com estes referenciais, podemos apontar que em Campo Grande, desde a instalação dos serviços, é garantido o acesso ao cadastramento, à consulta sem grande espera, e quando já há o cadastramento, o agendamento de acompanhamento é automático. Desde o início do programa não houve interrupção do fornecimento da medicação. Quando preciso, houve leitos para as internações necessárias. As intercorrências, os efeitos indesejados, quando surgiram, foram atendidos. Os serviços não dispõem de busca ativa para os faltosos.

Entretanto, apesar de todas estas características, uma parcela dos pacientes agendados inicia o tratamento e o interrompe. Eventualmente, na vigência de complicações procuram eles novamente o a terapêutica ou são encaminhados para o serviço e para reinício do acompanhamento.

Portanto, se está garantido o acesso, a disponibilidade medicamentosa é ininterrupta, se há a intervenção durante as intercorrências ou dos quadros decorrentes, seria lógico considerar que alguns fatores pessoais, individuais ou de personalidade estariam influenciando para a não adesão ao tratamento.

Entretanto, o conceito de personalidade não é universal, existindo uma grande quantidade de conceitos e definições, sem que se chegue a um consenso. Por isto, ultimamente, nos trabalhos que envolvem estudos de características pessoais, a designação de personalidade tem sido evitada e tem-se buscado trabalhar com o conceito de traços de personalidade: ...“*conjunto de comportamentos relacionados que ocorrem juntos rapidamente*”...; Sisto *et. al.* (2003).

Este estudo propõe identificar quais as características de personalidade das pessoas que apresentam maior adesão ao tratamento, verificar quais as características de personalidade das pessoas que não apresentam adesão ao tratamento, o que poderá futuramente ser um dos indicadores quando da instalação da terapêutica.

2. OBJETIVOS

2.1. Geral

Comparar os traços de personalidade e alterações cognitivas que podem influenciar a adesão das pessoas com HIV/AIDS no tratamento oferecido no NHU-UFMS na cidade de Campo Grande(MS).

2.2 Específicos

Comparar os dados sócio-demográficos entre o grupo de pessoas que fazem o tratamento com o grupo das que não fazem o tratamento.

Comparar os traços de personalidade, através da Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN), das pessoas que apresentam adesão ao tratamento com os traços de personalidade as pessoas que não apresentam adesão ao tratamento.

Comparar as alterações cognitivas, através das Figuras Complexas de Rey, das pessoas que fazem o tratamento com as alterações cognitivas das pessoas que não fazem o tratamento.

3. MATERIAL E MÉTODOS

3.1. Tipo de Trabalho

Foi escolhido o trabalho do tipo Estudo de Caso-Controlle por permitir a avaliação dos dados sócio-demográficos, da forma de transmissão dos traços de personalidade e das alterações cognitivas. A seleção foi feita entre as pessoas que foram cadastradas e iniciaram o tratamento no Hospital Dia Professora Esterina Corsini, do NHU-UFMS.

A principal característica deste tipo de trabalho é que a pessoa incluída no estudo deve ser diferenciada e denominada de **caso**, quando é buscado o fator em estudo, e, designado de **controles** quando não apresenta o fator estudado, conforme explicam Greenberg *et al.* (2005). Fletcher, Fletcher e Wagner (1996) lembram que os estudos tipo caso-controlle devem apresentar os casos e os controles a partir de uma única fonte disponível de pacientes.

3.2. População Alvo

Foram compostos dois grupos: o primeiro grupo, constituído de pacientes que vêm se submetendo de forma regular ao tratamento considerado como **controles**, e o segundo grupo constituído por pacientes que não fazem o tratamento e designados de **casos**.

O primeiro grupo foi constituído de 48 pessoas de ambos os sexos com sorologia positiva para o HIV e o diagnóstico de AIDS, sendo cadastrados no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do Hospital Universitário Maria Aparecida Pedrossian, que vêm submetendo-se a tratamento de forma regular. Este grupo serviu de Grupo Controle (GC) e também designado de **controles**.

O segundo grupo, o Grupo de Estudo (GE) ou (Grupo Dois), foi formado por 18 pessoas de ambos os sexos, diagnosticados para sorologia positiva para o diagnóstico de AIDS/HIV, que não vêm se submetendo ao tratamento, apesar dos esforços realizados pela equipe do serviço da DIP e que foram localizados através de busca ativa.

3.2.1. Critérios de Inclusão

Todos os pacientes incluídos no estudo, de ambos os sexos, independente da idade, com contágio confirmado de acordo com os critérios vigentes, foram entrevistados, e, aceitando participar do trabalho, foram avaliados após a assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido.

3.2.2. Critérios de Exclusão

Foram excluídos os pacientes que não aceitaram fazer parte do estudo.

3.3. Instrumentos Utilizados

Foram três os instrumentos utilizados.

3.3.1. Ficha de Coleta de Dados

O primeiro instrumento foi uma ficha para a coleta de dados, especialmente elaborada para este fim. Consta de duas seções. A primeira seção mostra os dados sócio-demográficos como: a identificação, a idade, o sexo, data e local de nascimento, profissão e escolaridade.

A segunda seção do instrumento constou de dados clínicos como: a data do diagnóstico e a forma de contágio.

3.3.2. EFN (Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo)

O segundo instrumento foi o teste psicológico Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo (EFN), elaborado e validado por Hutz & Nunes (2001), que busca identificar a influência das características de personalidade na determinação do fenômeno considerado.

Trata-se de um teste psicológico em que a avaliação da personalidade se dá em quatro domínios, caracterizando a adaptabilidade do ajustamento emocional. Apresenta 82 itens em 4 eixos assim distribuídos:

Vulnerabilidade, que tipifica uma pessoa com características de dependência e sugestionabilidade. Consta 23 itens, em que se verifica o grau de fragilização demonstrada pela baixa auto-estima, medo de críticas, indecisão e insegurança; as dificuldades em resistir às situações de risco, às pressões, às influências de outras pessoas, terminando por adotar condutas e posturas que o avaliado não desejaria, mas que não consegue evitar.

O segundo grupo de itens busca a verificação das condutas de risco, próprias de pessoas com traços de personalidade de **desajustamento psicossocial**, com 14 itens, e mostra comportamento anti-social, agressividade, capacidade de manipular outras pessoas, não-aceitação das normas e limites sociais. Dentro deste domínio podemos encontrar as pessoas que não se importam consigo mesma e, portanto, sem se preocupar com as outras. Neste domínio encontramos pessoas com condutas marginais, delinquências e dependentes químicos.

O terceiro grupo de características tipifica traços de personalidade de **ansiedade**, com 25 itens, e relaciona sintomatologia de transtornos da ansiedade causando pânico e alterações do sono. Ansiedade é quando o organismo se sente ameaçado por alguma coisa que não sabe o que é, medo e certeza que vai acontecer alguma coisa de ruim, mas não sabe o que e nem quando. Então o organismo adota a postura de luta ou fuga. Também tipifica o comportamento de irritabilidade e de mudanças bruscas de humor.

O quarto eixo, com vinte itens, aponta para as características **depressivas**, com pensamentos de ruína e de fracasso. Também pode indicar risco suicida, frente à desesperança, solidão e sentimentos de ruína. A ideação é de ruína, de fracasso, de inutilidade e de certeza de que não adianta tentar fazer nada diante das circunstâncias. Desta forma as pessoas com traços depressivos têm sido apontadas como de difícil adesão a qualquer tipo de tratamento.

O teste em sua totalidade soma 82 itens, cada um com respostas específicas, de acordo como os itens de cada domínio, sendo que cada eixo apresenta seu próprio **escore**, podendo ser aplicado parcialmente e que pode também ser calculado em relação a um padrão, que foi determinado pela validação do teste. Se ocorrer um alto **escore** em cada domínio haverá a predominância da característica de personalidade daquele domínio. A soma dos **subescores** pode

indicar Transtornos de Personalidade. Ainda a pessoa pode apresentar **pontuação** que a inclua em mais de um domínio de traços de personalidade.

Em nosso meio, o EFN serviu de base para pesquisa de pós-graduação em nível de Mestrado realizado por Ayache (2006), na determinação dos traços de personalidade em pacientes com Lupus Eritematoso Sistêmico.

3.3.3. Figuras Complexas de Rey

O teste foi idealizado por André Rey em 1942 e, segundo Oliveira (1998), destinava-se inicialmente a fazer o diagnóstico diferencial entre Deficiência Mental Constitucional e Déficit adquirido pós TCE.

Avalia a atividade perceptiva e memória visual, como a captação global da figura apresentada, bem como de cada uma das partes componentes da figura global. É aplicado em duas fases. A primeira fase é a da cópia em que é apresentada a figura, fornecidas as instruções e o examinando com o modelo à sua disposição faz a sua cópia tentando ser o mais fiel possível. Nesta etapa não verificada a organização do trabalho e o tempo gasto pelo pro bando, sendo o tempo considerado padrão de cerca de quatro minutos.

Na segunda etapa, não retirados o modelo da figura, e a sua cópia e recebe instruções para a reprodução de memória o mais fiel possível. Nesta etapa é verificado o tempo gasto pelo pro bando, é verificada também a fidelidade da figura no global e em suas partes constituintes. Também são observadas a organização da atividade, sua seqüência e a correspondência entre as suas partes.

3.3.4. Gráficos em Mosaico

Este tipo de gráfico foi escolhido por permitir uma visualização rápida e clara das proporções encontradas, facilitando, assim, a percepção das diferenças e possibilitando maior facilidade de entendimento.

3.3.5. Análise Estatística – Nível de Significância - Testes Utilizados

Os resultados foram analisados com o auxílio dos Softwares Epi Info, usando o seu módulo Epi Table da versão 6.04d, software estatístico de domínio público e elaborado pelo DCD – Atlanta/EUA e JMP Statistical Discovery Ssoftware do SAS Institute, EUA.

Nível de significância = 5%

Testes utilizados – Qui Quadrado e Yates.

3.4. Procedimentos

Foi feito o levantamento através do SICLON (Sistema Informatizado de Controle Logístico de Medicamentos). Foram verificados os pacientes que estiveram em tratamento do período de janeiro de 2000 a dezembro de 2006.

O Serviço tem a rotina de examinar os pacientes e fornecer a medicação a cada trinta dias. Foram consideradas, como tendo adesão ao tratamento as pessoas que compareceram pelo menos por cinco vezes ao ano. As equipes ficavam de “plantão” no Hospital Dia Professora Esterina Corsini e observavam os pacientes que compareciam para as consultas de controle e o recebimento da medicação anti-retroviral e, desta forma, foi composto o Grupo dos Controles, com 48 pessoas.

Os pacientes cadastrados, com diagnóstico de AIDS, que não compareciam ao serviço para controle e receber os medicamentos, foram em número de 217 pessoas. Estas pessoas foram procuradas inicialmente por contato telefônico e os que não tinham telefone ou que não atenderam à chamada foram procurados em seus endereços retirados dos prontuários (busca ativa), com uma equipe formada por uma psicóloga e acadêmica do curso de psicologia e medicina, sendo localizadas 18 pessoas, constituindo-se no Grupo dos Casos.

As pessoas selecionadas, em número de 66, receberam esclarecimentos sobre a pesquisa, sua importância e os que consentiram em participar assinaram o Termo de Responsabilidade Livre e Esclarecido e submetidos à avaliação, constituindo-se assim o Grupo de Casos.

Os adolescentes participantes do trabalho tiveram o Termo de Compromisso Livre e Esclarecido (TCLE) assinado por seus pais/responsáveis.

Com os dados obtidos foi construído o banco de dados para serem analisadas e feitas as comparações.

4. RESULTADOS

O Grupo dos Controles foi formado por 48 pessoas sendo 37 homens (77,1%) e 11 mulheres (22,9%) e que apresentaram as seguintes características: média aritmética das idades de 39,1 anos; com mediana de 40 anos e valores de extremos de 21 e 71 anos. Declararam religião 43 pessoas (89,6%) e praticantes 26 (54,1%) e 66,7% morando com seus familiares. Na categoria escolaridade 27,1% até a 4ª série do ensino fundamental; 29,2% cursaram até a 8ª série; 10,4% com o curso superior. Quanto ao estado civil 43,8% eram casados contra 54,1% de pessoas solteiras.

O Grupo de Estudo (casos) foi formado por 18 pessoas, sendo 11 homens (61,0%) e 07 (39,0%) mulheres. A média aritmética das idades foi de 40,3 anos; com mediana de 41,0 e os extremos de 6 e 58 anos.

Das pessoas destes dois grupos (66 pessoas), 50% delas exerciam algum tipo de atividade, com a média salarial de R\$ 250,00. Declararam professar a religião católica 50% das pessoas e 33,3% de não-católicos, sendo que 50% das pessoas referem ser praticantes de suas religiões. Quanto à moradia, 83,4% das pessoas moravam com seus familiares. Em relação à escolaridade, 33,4% cursaram até a 4ª série do ensino fundamental; 16,6% fizeram até a 8ª série enquanto 39,0% concluíram o ensino médio e apenas 5,5% chegaram até o curso superior. Referentes ao estado civil 33,3% declararam-se solteiros; 27,8% eram casados; 27,8% eram separados. Os dados dos grupos estão demonstrados na Tabela 1.

Em relação à forma de contágio, a via sexual foi referida por 81,2% dos homens e mulheres dos controles, sendo que 56,2% foram por contato heterossexual; 18,8% por conduta homossexual e 6,2% contato bissexual, ainda 18,8% de forma não conhecida. Entre os casos, as proporções foram de 77,7% entre os heterossexuais; 5,5% entre os homossexuais e 16,7% de forma não conhecida. Apesar de a literatura referir o uso de drogas injetáveis como via de contágio, neste trabalho não foi encontrada pessoa que assim se definisse, mesmo quando questionados por mais de uma vez. Estes dados estão apresentados na Tabela 2

TABELA 1 - Características sócio-demográficas de 48 pacientes com adesão (controles) ao tratamento e de 18 pessoas sem adesão ao tratamento (casos) Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

GRUPO -VARIÁVEL	CONTROLES = 48		CASOS = 18		X ²	P	Sig
	Com adesão N	%	Sem adesão N	%			
SEXO							
Masculino	37	77,1	11	61,0	0,97*	0,3235	NS
Feminino	11	22,9	07	39,0	0,97*	0,3235	NS
IDADES							
03 – 13	05	10,4	01	5,5	0,02*	0,8957	NS
14 - 24	07	14,6	01	5,5	0,33*	0,5637	NS
25 - 34	14	29,2	03	16,6	0,52*	0,4726	NS
35 - 44	07	14,6	07	39,0	3,29*	0,0698	NS
45 - 54	02	4,1	---	-----	--	--	NS
55 - 64	13	27,1	06	33,4	0,25	0,6175	NS
ESCOLARIDADE							
Sem escolaridade	02	4,1	---	-----	--	--	
Até 4ª série	13	27,1	06	33,4	0,25	0,6175	NS
Até 8ª série	14	29,2	03	16,6	0,52*	0,4726	NS
Ensino médio	07	14,6	07	39,0	3,29*	0,0698	NS
Superior completo	05	10,4	01	5,5	0,02*	0,8957	NS
Não informado	07	14,6	01	5,5	0,33*	0,5637	NS
ESTADO CIVIL							
Casado	21	43,8	05	27,8	1,40	0,2369	NS
Solteiro	26	54,1	06	33,3	2,27	0,1315	NS
Viúvo	01	2,1	02	11,1	--	--	NS
Separado	00	-----	05	27,8	--	--	NS
RELIGIÃO							
Católica	30	62,5	09	50,0	0,85	0,3576	NS
Não católica	13	27,1	06	33,3	0,25	0,6175	NS
Sem religião	05	10,4	03	16,7	0,07*	0,7876	NS
PRÁTICA							
Sim	26	54,1	09	50,0	0,09	0,7626	NS
Não	22	45,9	09	50,0	--	--	NS
MORA COM QUEM							
Familiares	32	66,7	15	83,4	1,77	0,1829	NS
Amigos	01	2,1	--	-----	--	--	NS
Só	11	22,9	02	11,1	0,53*	0,4675	NS
Não informado	04	8,3	01	5,5	0,02*	0,8867	NS
TRABALHA							
Sim	27	56,2	09	50,0	0,21	0,6497	NS
Não	21	43,8	09	50,0			NS

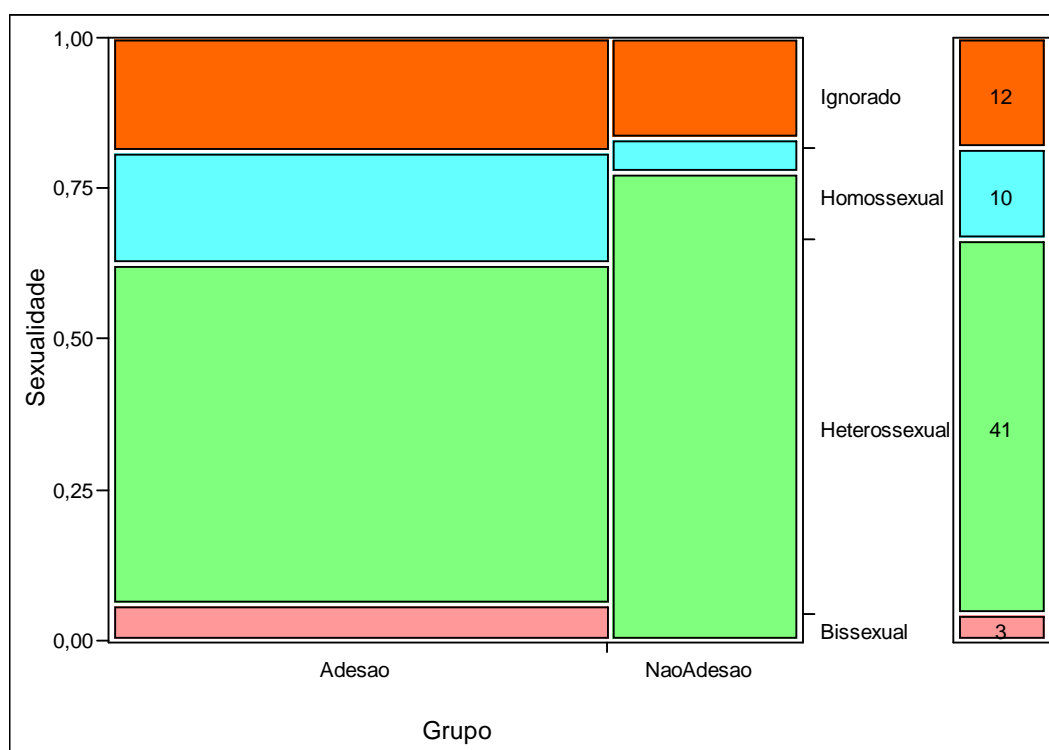
* Qui Quadrado corrigido de Yates

TABELA 2 - Formas de contágio de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

GRUPO VARIÁVEL	Controle = 48		Casos = 18		X2	p	Sig
	N	%	N	%			
Bissexual	03	6,2	-	-	-	-	NS
Heterossexual	27	56,2	14	77,7	2,58	0,1083	NS
Homossexual	09	18,8	01	5,5	0,89*	0,3441	NS
Não informado	09	18,8	03	16,7	0,03*	0,8706	NS
Total	48	100%	18	100%	-	-	-

- Usando correção de Yates.

GRÁFICO 1 Gráfico em mosaico das formas de contágio de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.



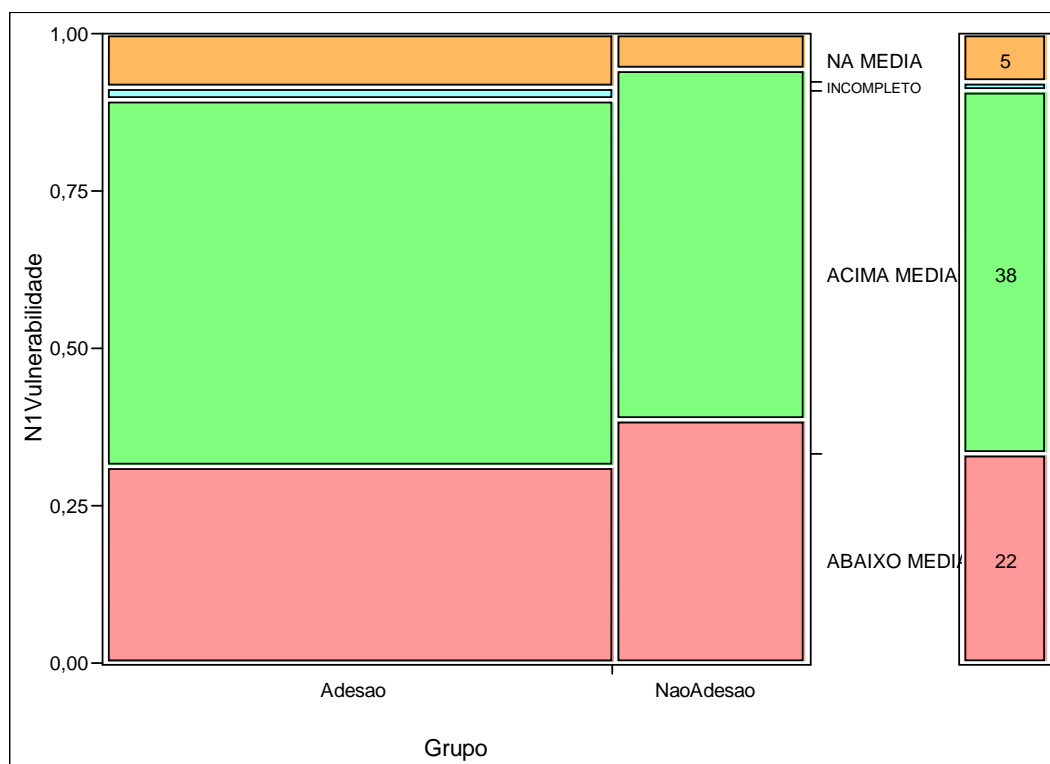
Com a aplicação do Teste EFN os resultados dos diferentes domínios foram: Relacionado ao primeiro domínio, a **vulnerabilidade**, o resultado foi de 58,3%, acima da média, enquanto entre os casos o resultado foi de 55,5%. Na média, a proporção foi de 8,3% entre os controles e 5,5% entre os casos, enquanto, com os escores abaixo da média, as proporções foram 31,3% entre os controles e 30,0% entre os casos, conforme mostrado na Tabela 3.

TABELA 3 Valores do EFN – Vulnerabilidade de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

ESCORES	Controles – 48		Casos = 18		X ²	P	Sig
	N	%	N	%			
Acima da média	28	58,3	10	55,5	0,04	0,8389	NS
Média	04	8,3	01	5,5	0,02*	0,8867	NS
Abaixo da média	15	31,3	07	39,0	0,34	0,5577	NS
Inválidos	01	2,1	00	0,0	--	--	--
TOTAL	48	100%	18	100%	--	--	--

* Usando correção de Yates.

GRÁFICO 2 Gráfico em mosaico dos valores do EFN – Vulnerabilidade de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.



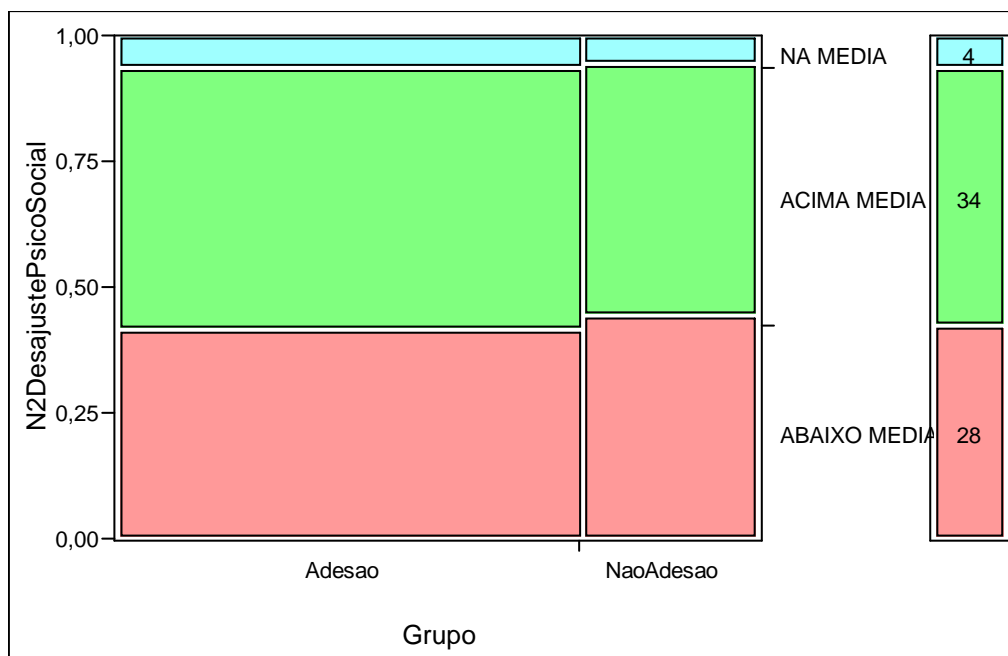
Relacionado ao segundo domínio, **desajuste psicossocial**, os resultados mostraram que a proporção com os valores de Acima da Média foi de 52,1%, entre os controles e de 50,0% entre os casos. Quando considerados os escores que ficaram na média, a proporção de 6,2% entre os controles contra 5,5% entre os casos e, com os escores abaixo da média entre os controles, foi encontrada a proporção de 41,7%, enquanto entre os casos a proporção foi de 44,5%.

TABELA 4 Valores do EFN – Desajuste Psicossocial de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

ESCORES	Controles - 48		Casos = 18		X ²	P	Sig
	Com adesão		Sem adesão				
	N	%	N	%			
Acima da média	25	52,1	09	50,0	0,02	0,8801	NS
Média	03	6,2	01	5,5	0,22*	0,6356	NS
Abaixo da média	20	41,7	08	44,5	0,04	0,8389	NS
TOTAL	48	100%	18	100%	-	-	-

Usando correção de Yates.

GRÁFICO 3 Gráfico em mosaico dos valores do EFN – Desajuste Psicossocial de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.



Relacionado ao terceiro domínio, o da **ansiedade**, na pontuação acima da média houve a proporção de 68,8% entre os controles e 61,1% entre os casos, enquanto entre as pessoas que ficaram com o escore na média a proporção de 4,1% entre os controles, não havendo pessoa entre os casos nesta faixa de pontuação. Abaixo da média houve a proporção de 27,1% entre os controles contra 38,9% entre os casos e estão demonstrados na Tabela 5.

TABELA 5 Valores do EFN - Ansiedade de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

ESCORES	Controles = 48		Casos - 18		X2	P	Sig
	Com adesão		Sem adesão				
	N	%	N	%			
Acima da média	33	68,8	11	61,1	0,34	0,5577	NS
Média	02	4,1	00	0,0	--	--	NS
Abaixo da média	13	27,1	07	38,9	0,86	0,3527	NS
TOTAL	48	100%	18	100%	-	-	-

Relacionado ao quarto domínio, o da **depressão**, entre as pessoas com o escore acima da média a proporção entre os controles foi de 68,8% contra a proporção de 66,7% entre os casos, entre as pessoas com os escores na média a proporção encontrada foi de 6,2% entre os controles e de 11,1% entre os casos. Quanto às pessoas com os escores considerados como abaixo da média houve a proporção de 25,0% entre os controles e entre os casos a proporção foi de 22,2%, como demonstrada na Tabela 6.

GRÁFICO 4 Gráfico em mosaico dos valores do EFN - Ansiedade de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

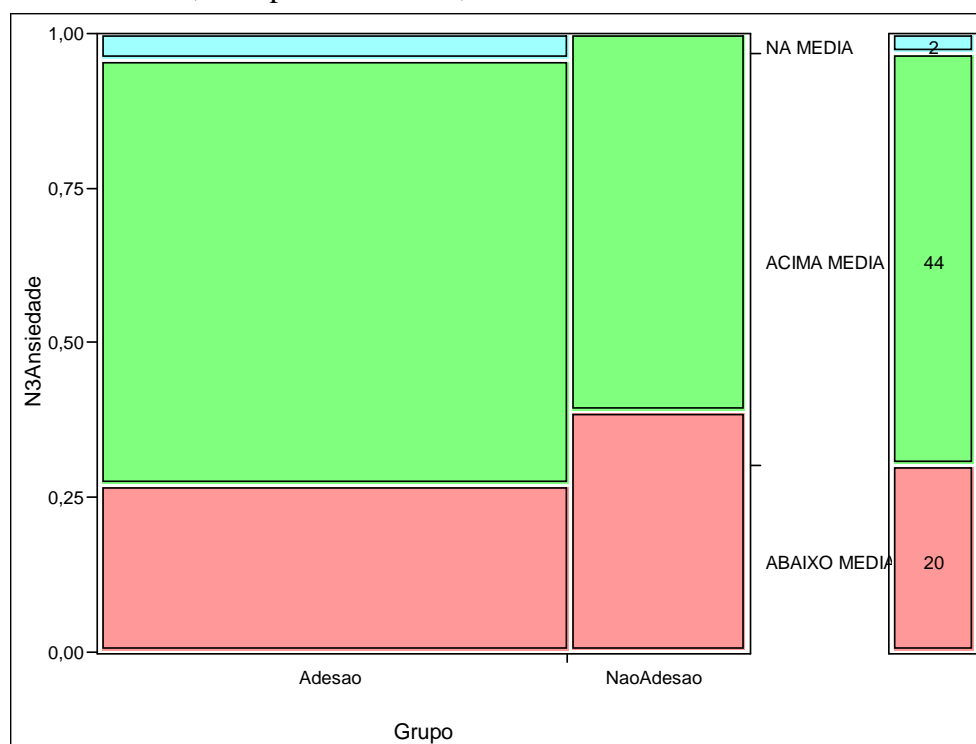


GRÁFICO 5 Gráfico em mosaico dos valores do EFN – Depressão de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

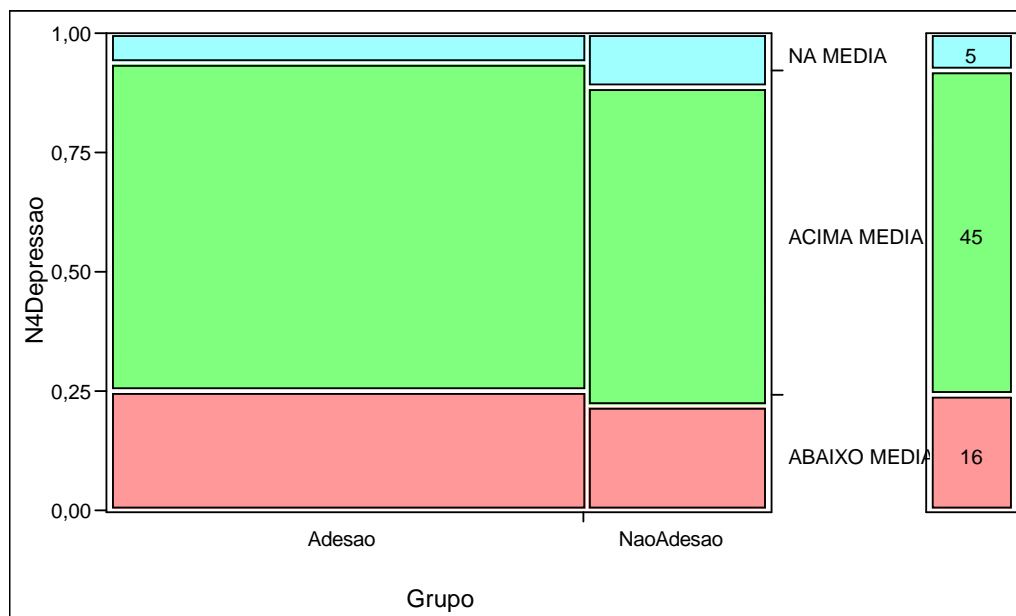


TABELA 6 Valores do EFN – Depressão de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

ESCORES	Controles = 48		Casos = 18		X2	P	Sig.
	Com adesão		Sem adesão				
	N	%	N	%			
Acima da média	33	68,8	12	66,7	0,03	0,8714	NS
Média	03	6,2	02	11,1	0,02*	0,8867	NS
Abaixo da média	12	25,0	04	22,2	0,01*	0,9299	NS
TOTAL	48	100%	18	100%	--	--	--

* Usando correção de Yates.

Considerando o fator tempo na aplicação do **Teste de figuras Complexas de Rey** para a execução da cópia em que se busca a percepção da figura de uma forma global, a organização do trabalho, tendo como parâmetros a média de tempo, em que o padrão considerado é de 3 (três) minutos, encontrada na população geral, os resultados obtidos foram as proporções de 29,1% entre os controles e 33,4% nos casos da média; 10,5% das pessoas dos controles se situaram entre as pessoas com escores na média enquanto entre as pessoas com os escores abaixo da média a proporção entre os controles foi de 37,5% e nos casos foi de 50,0%. Entre os controles 22,9% não tiveram condições de executar a prova contra 16,6% entre os casos, e descrita na Tabela 7.

TABELA 7 Classificação do tempo da execução do processo de cópia de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

Classificação	Controles = 48		Casos - 18		X2	P	Sig
	Com adesão		Sem adesão				
	N	%	N	%			
Acima da média	14	29,1	06	33,4	0,11	0,7429	NS
Na média	05	10,5	00	0,0	--	--	NS
Abaixo da média	18	37,5	09	50,0	0,85	0,3576	NS
Não realizado	11	22,9	03	16,6	0,05	0,8297	NS
TOTAL	48	100%	18	100%	-	-	-

* Usando correção de Yates.

GRÁFICO 6 Gráfico de mosaico da classificação do tempo da execução do processo de cópia de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

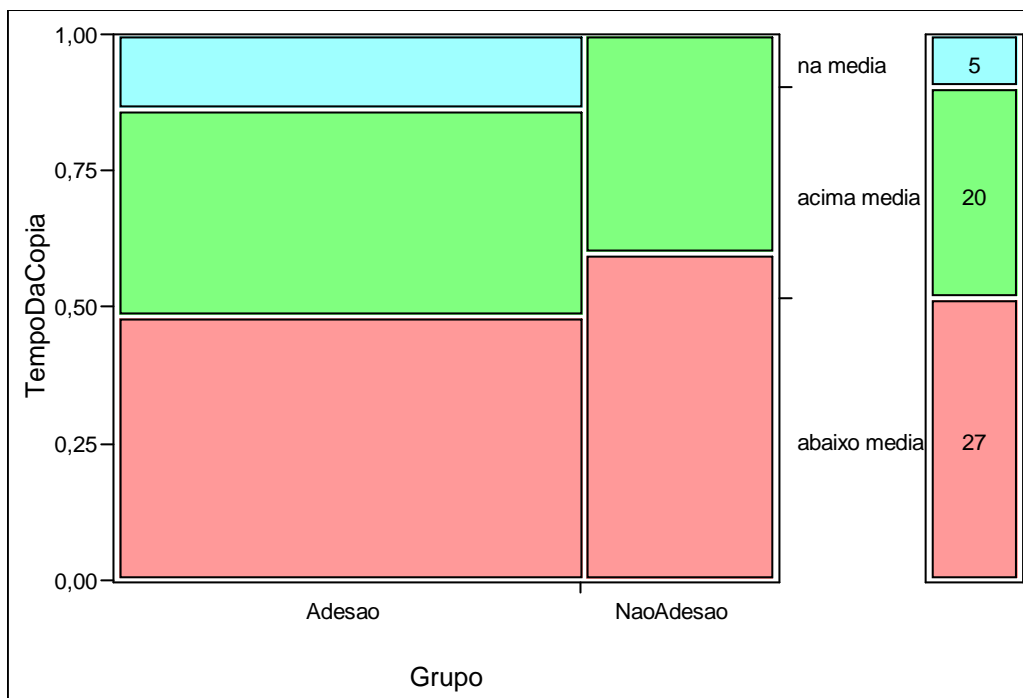
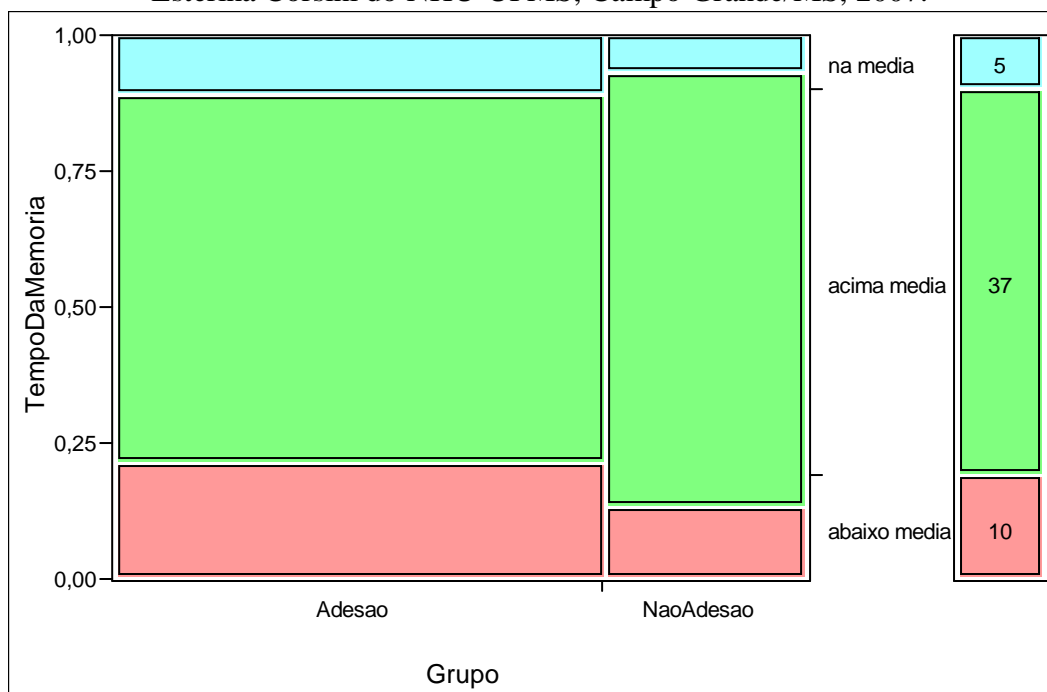


GRÁFICO 7 Gráfico em mosaico dos valores do EFN – Desajuste Psicossocial de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.



Quando verificada a **reprodução** pela memória das Figuras Complexas de Rey, após alguns minutos da cópia a proporção das pessoas que realizaram em tempo acima da média foi de 52,1% entre os controles contra a proporção de 66,7% entre os casos. Apesar do maior valor apresentado pelos casos, a diferença não foi estatisticamente significativa. Considerando as pessoas com os escores na média, as proporções encontradas foram respectivamente de 8,4% entre os controles e 5,5% entre os casos. Considerando as pessoas com pontuação abaixo da média, a proporção encontrada entre os controles foi de 16,6% e entre os casos foi de 11,1%; e com pontuação que não realizaram entre os controles foi de 22,9% e entre os casos a proporção foi de 16,7%, e estão mostradas na Tabela 8.

TABELA 8 Classificação do tempo na execução do processo de reprodução pela memória, das Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

Classificação	Controles-48		Casos = 18		X ²	P	Sig.
	Com adesão		Sem adesão				
	N	%	N	%			
Acima da média	25	52,1	12	66,7	1,13	0,2877	NS
Na média	04	8,4	01	5,5	0,02*	0,8867	NS
Abaixo da média	08	16,6	02	11,1	0,03*	0,8609	NS
Não realizado	11	22,9	03	16,7	0,05*	0,8297	NS
TOTAL	48	100%	18	100%	-	-	-

* Usando correção de Yates.

Considerando a fidelidade e a exatidão da **reprodução** com os escores acima da média, foi verificada a proporção de 29,1% entre os controles e 33,4% entre os casos, verificando-se ainda que na média 2,1% dos controles assim foram classificados, mas, sem ter pessoas dentre os casos classificados como tal. Considerando os escores abaixo da média, 45,9% dentre os controles e 50,0% dentre os casos situaram-se neste patamar; e 22,9% entre os controles e 16,6% dentre os casos não tiveram aferidos estes valores, por não terem conseguido realizar o teste. Apesar das diferenças entre as proporções, como demonstrados na Tabela 9.

GRÁFICO 8 Gráfico em mosaico da classificação da fidelidade do processo de cópia do Teste de Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

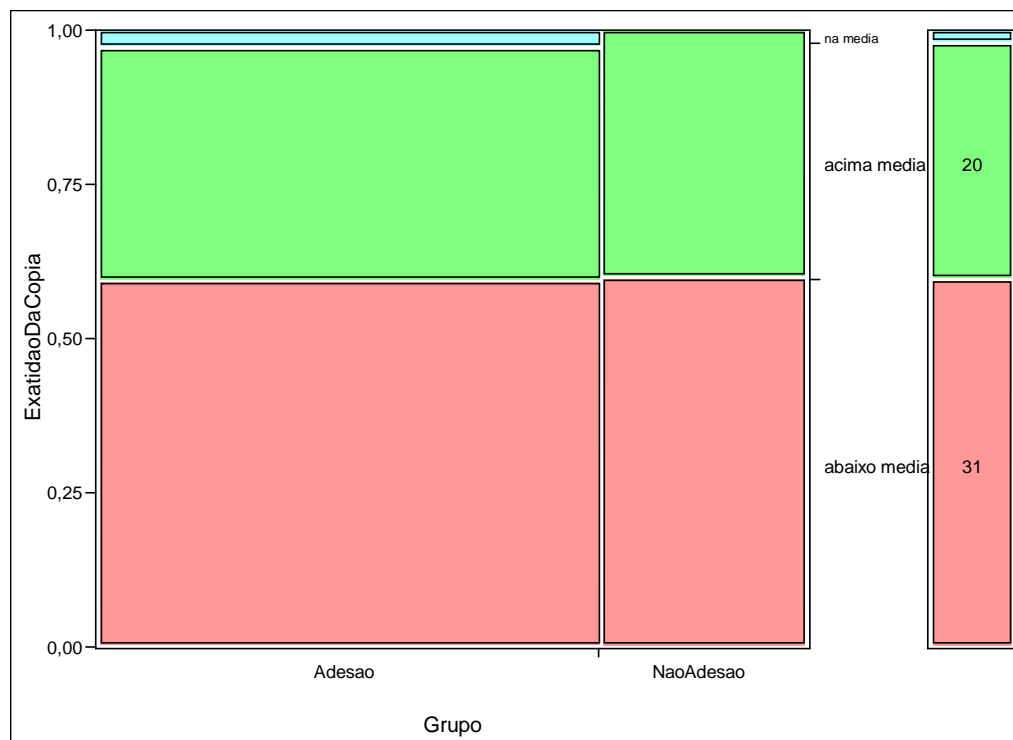


TABELA 9 Classificação da fidelidade do processo de cópia do Teste de Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

Classificação	Controles = 48		Casos – 18		X2	P	Sig
	Com adesão		Sem adesão				
	N	%	N	%			
Acima da média	14	29,1	06	33,4	0,11	0,7429	NS
Na média	01	2,1	00	0,0	--	--	NS
Abaixo da média	22	45,9	09	50,0	0,09	0,7626	NS
Não realizado	11	22,9	03	16,6	0,05*	0,8297	NS
TOTAL	48	100%	18	100%	-	-	-

* Usando correção de Yates.

Ao considerar os **valores de exatidão e da reprodução** da memória das Figuras Complexas de Rey, 12,5% dentre os controles estiveram com os escores acima da média, enquanto na média 2,1% dentre os controles e 5,5% entre os casos ficaram classificados neste patamar. Abaixo da média foram encontrados 62,5% dos controles e 77,8% dos casos. Sem estar classificado em nenhuma destas categorias foi encontrada a proporção de 22,9% entre os controles e 16,7% dos casos e estão descritas na Tabela 10.

GRÁFICO 9 Gráfico em mosaico da classificação da fidelidade do processo da reprodução da memória do Teste de Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

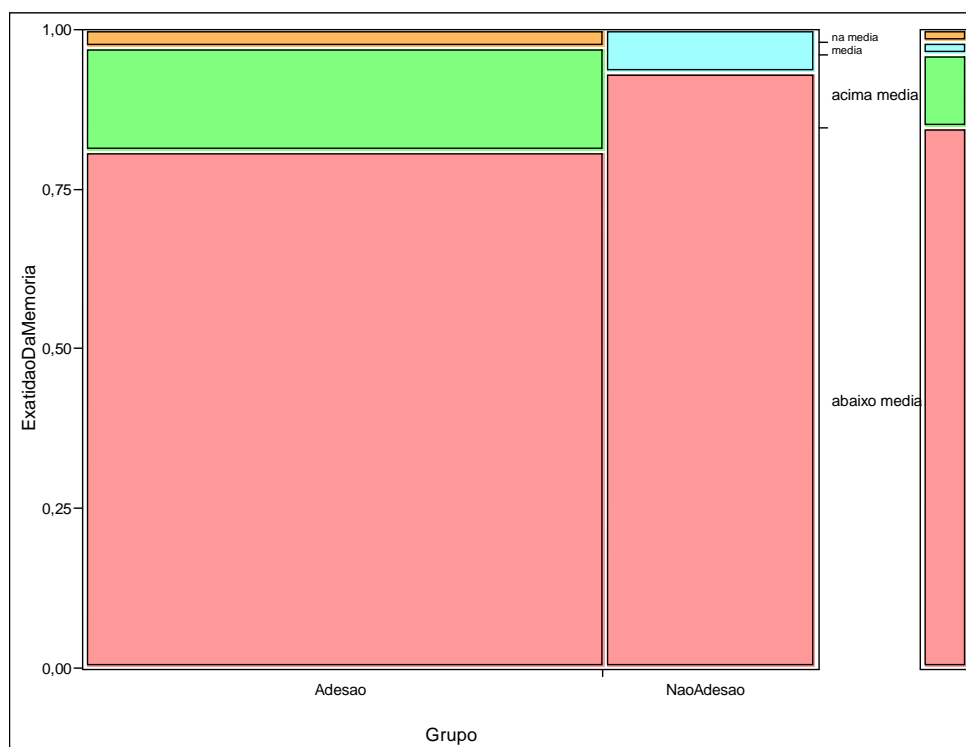


TABELA 10 Classificação da fidelidade do processo da reprodução da memória do Teste de Figuras Complexas de Rey de 48 controles e de 18 casos atendidos no Hospital Dia Professora Esterina Corsini do NHU-UFMS, Campo Grande/MS, 2007.

Classificação	Controles = 48		Casos = 18		X2	P.	Sig
	Com adesão		Sem adesão				
	N	%	N	%			
Acima da média	06	12,5	00	0,0	--	--	NS
Na média	01	2,1	01	5,5	--	--	NS
Abaixo da média	30	62,5	14	77,8	1,38	0,2409	NS
Não realizado	11	22,9	03	16,7	0,05*	0,8297	NS
TOTAL	48	100%	18	100%	-	-	-

- Usando correção de Yates.

5. DISCUSSÃO

Durante a coleta de dados, neste trabalho ocorreram dificuldades tantas vezes elencadas em pesquisas em nosso país, como a falta de registros sistemáticos, a falta de condições para o acompanhamento dos pacientes que não comparecem ao tratamento da forma agendada. Entretanto, o trabalho permitiu vivenciar as dificuldades neste tipo de atividade em que o objetivo não era só localizar as pessoas como também buscar os motivos da não-persistência no tratamento. Figueiredo *et al.* (2001) salientam que de uma forma geral há uma baixa adesão ao tratamento das doenças crônicas e que ainda piora quando se trata de uma doença com uma baixa perspectiva de sobrevida, como é o caso estudado.

Constatadas também algumas condutas que podem ser decorrentes dos aspectos psicossociais, como o medo de ser identificado, o medo de ter a vida exposta, o medo de enfrentar os vínculos sociais. Talvez isto tenha influenciado uma parcela dos pacientes, fazendo com que apresentassem endereços falsos, endereços parcialmente errados, telefones e endereços inexistentes. Desta forma pode ser uma explicação! Apenas 18 das 217 pessoas procuradas foram localizadas e entrevistadas.

Uma questão colocada é que as pessoas não localizadas talvez estivessem em tratamento em outros locais, que não quisessem ser localizadas, que alguns possam ter morrido. Talvez estas pessoas sejam mais importantes para a compreensão do abandono ou dos efeitos mais estigmatizantes e, por isto, não serem “visíveis”. Este resultado contrasta com o de Silveira *et al.* (2003), que conseguiram uma proporção de pacientes localizados de 79,5%.

Nesta população encontramos maior proporção de homens, com 77,1% no controle e 61,1% dentre os casos, sem diferença estatística, o que é semelhante aos dados epidemiológicos, em que as proporções variam de 2:1 até 3:1, sendo maior proporção a população masculina como evidenciado em diversos trabalhos nacionais e internacionais como os de Carvalho *et al.* (2003); Seidl, Costa e Trócoli (2006); Pinheiro *et al.* (2002); Ingersoll e Heckman (2005); Silveira *et al.* (2003); Carballo *et al.* (2004); Monreal, Cunha e Trinca (2002); Cecatto *et al.* (2004); Lignani, Greco e Carneiro (2001), Garcia *et al.* (2006), em que se ressalta a característica masculina da epidemia.

Entretanto, contrastando com a literatura disponível, neste trabalho não encontramos pessoas com o uso de drogas injetáveis. Talvez isto seja decorrente de uma maior esquivas nas

informações, ou que as prováveis pessoas que não foram localizadas, ou ainda pela pouca tradição regional no uso de drogas injetáveis.

Esta proporção entre os sexos se manteve de forma parecida aos outros estudos semelhantes, sendo que no Brasil a proporção foi de 67,2% nos homens e 32,8% de mulheres (MS, 2006), demonstrando uma semelhança de proporções e da epidemia, inicialmente predominantemente masculina e de forma de contágio sexual, e posteriormente pela via sangüínea. Atualmente há uma tendência à feminilização, lembrada por Tostes (2007), ao comentar os aspectos gerais da epidemia, em decorrência da forma de contágio heterossexual com o aumento gradativo das mulheres contaminadas.

A **média aritmética** das idades aqui encontrada é semelhante à de trabalhos como de Monreal, Cunha e Trinca (2002), com o valor de 36,1 anos; Lignani, Greco e Carneiro (2001), com 35,5 anos; Garcia *et al.* (2006), com 37,7 anos; Carvalho *et al.* (2003), com 36,2 anos; Seidl, Costa e Trócoli (2006), com 37,4 anos e ainda Silveira *et al.* (2003), com 34 anos. Estes valores mostram uma homogeneização em relação à idade, e que devem ser considerados como função da epidemia desde 1982/1983.

Relacionando o tempo verificado entre o diagnóstico e a coleta de dados, verifica-se que a média deste tempo foi de 4,6 anos entre os casos e de 6,1 anos entre os controles. Estes valores são semelhantes ao tempo de expectativa de vida tida pelas pessoas infectadas nos primeiros anos da epidemia. Silveira *et al.* (2003) encontraram a média de tempo de diagnóstico em dois anos, enquanto que Monreal, Cunha e Trinca (2002), encontraram o tempo médio de diagnóstico foi de 3,5 anos. Estes dados reforçam a importância da introdução dos medicamentos anti-retrovirais que, entre outros fatores possam ter influenciado numa maior adesão ao tratamento.

Em relação à **escolaridade**, nesta população havia seis pessoas com o curso superior (cinco entre os controles e uma entre os casos), sendo que a maior proporção foi a das pessoas que haviam cursado o ensino fundamental, com 85% entre os controles e 89% dos casos. Tal valor é diferente dos encontrados em Carvalho *et al.* (2003), que apresentaram 36,7% das pessoas com primeiro grau incompleto, Seidl, Costa e Trócoli (2006), com 33,6% com ensino fundamental completo; Lignani, Greco e Carneiro (2001), 51,6% das pessoas com o ensino fundamental completo.

A escolaridade teve a maior proporção entre os que concluíram o ensino fundamental, sendo de 60,4% entre os controles e 50% entre os casos. Moram com os seus familiares 66,7%

dos controles e 83,4% entre os casos, mostrando, com isto, as manutenções de uma estrutura familiar que em última análise é o apoio dos pacientes.

Quanto ao **trabalho**, neste estudo foram encontrados 56,2% dos pacientes do grupo de controles e 50% dos pacientes do grupo dos casos que auferiam algum rendimento. Considerando que são pessoas adultas, em plena idade produtiva, poder-se-ia concluir que é uma proporção muito pequena envolvida em algum tipo de atividade. Entretanto, os dados não diferem muito dos trabalhos de Seidl, Costa e Trócoli (2006), que encontraram 33,2% dos pacientes com algum tipo de renda; Ingerssol e Heckman (2005) verificaram que apenas 6% dos pacientes apresentavam alguma atividade fixa e Tucker *et al.* (2004) mostraram uma taxa de 57% de desempregados.

Quando as atividades são referidas em termos de rendimentos; Pinheiro *et al.* (2002) acharam uma média de rendimentos familiares na ordem de 1,6 SM (cerca de R\$ 560,00); diferentes dos valores encontrados por Ceccato *et al.* (2004), que apontaram que 70,5% dos pacientes percebem menos de 1 SM (R\$ 350,00) e Lignani, Greco e Carneiro (2001), em que 50% dos pacientes recebiam até 2 SM (R\$ 700,00).

Quanto ao **estado conjugal**; as maiores proporções se deram entre os solteiros com 54,1% no Grupo Controle e 33,3% no Grupo de Estudo, não havendo diferença estatística entre eles. Estes dados são semelhantes aos encontrados por Carvalho *et al.* (2003), com o valor de 62% de casados e diferentes aos dados verificados por Seidl, Costa e Trócoli (2006), em que 41,9% daquela população eram de pessoas casadas; Ingersol e Heckman (2005), com 66% dos pacientes casados, além de Cecatto *et al.* (2004), quando diferenciam em casados com 39,9% e os não casados com 60,1%. Estes dados mostram a não-uniformidade desta categoria, ou talvez seja decorrente de amostras diferentes.

Quanto à **religião**, os resultados mostraram que 62,5% no Grupo Controle e 50% no Grupo de Estudo referiram professar a religião católica e 54,1% dentre os controles e 50% dentre os casos relataram serem praticantes regulares. Uma das possibilidades é a de que com a vida em risco parcela destas pessoas procure uma religião que até então não tinham. Apesar de ser um aspecto psicossocial importante para a população de uma forma geral, não encontramos na literatura informações sobre esta categoria. Entretanto, em países com alta religiosidade como o Brasil, esta característica poderia se tornar um canal importante para as ações educativas e preventivas.

Em relação à **forma de contágio**, a forma sexual continua a ser predominante e entre os controles a via sexual foi referida por 81,2% e entre os casos por 83,2%, demonstrando ser esta via preponderante e concordante com os trabalhos de Carvalho *et al.* (2003), que encontraram o valor de 86,7% pela via sexual contra 5,3% pelo uso de drogas injetáveis (UDI). Também Seidl, Costa e Trócoli (2006) verificaram que o contágio em 58,1% foi através do sexo (heterossexual); Lignan, Greco e Carneiro (2001) encontraram 68,9% das pessoas também obtendo o vírus através do relacionamento sexual e diferente dos encontrados em populações diferentes como Carballo *et al.* (2004), que acharam 65,1% das pessoas que contraíram o vírus através do uso de substâncias psicoativas ilegais por via intravenosa; e ainda Tucker *et al.* (2004), com a proporção de 23% dos pacientes infectando-se pelo uso de UDI. É instigante o fato de não serem encontradas neste trabalho pessoas que tiveram contágio através do uso de drogas injetáveis, como lembrado por Ingerson e Heckman (2005), ao apontar o aumento da chance de não estabelecer adesão. Novamente, este é um dos aspectos que deve merecer maiores cuidados e investigações.

Portanto, entre as informações coletadas e categorizadas como dados sócio-demográficos, houve neste estudo a impressão de que os pacientes apresentam uma estrutura familiar caracterizada pelo fato de 66,7% dos controles e 83,4% dos casos terem moradia com os familiares. Esta informação só foi encontrada por Carvalho *et al.* (2001), com a proporção de 74,7% dos pacientes residirem com os familiares.

Neste contexto não encontramos pacientes morando em instituições ou no trabalho como mostrado por Pinheiro *et al.* (2001), em que 24,5% moram no trabalho e em Carvalho *et al.* (2001) referindo que 11,3% moram em instituições.

Talvez, em função desta vertente de tratamento é que recentemente vêm crescendo o número estratégias de tratamento que buscam o paciente em sua residência, para ser medicado com equipes multiprofissionais como propagado por Gupta *et al.* (2005).

Ainda se verifica a questão do **estigma**, caracterizada pelas condutas de não compartilhamento das informações com os familiares e com pessoas do relacionamento próximo. Este fator pode ser questionado quando cerca de 18,0% das pessoas infectadas em ambos os grupos não informam como ocorreu o contágio, fenômeno este verificado em diversos estudos, e, que se torna uma lacuna para os programas preventivos. Nesta parcela populacional pode estar havendo práticas sexuais sejam homossexuais e/ou heterossexuais, que, não sendo explicitadas, podem manter população em risco.

6. ESCALA FATORIAL DE NEUROTICISMO - EFN

6.1. Vulnerabilidade

Quando considerados os resultados do EFN em relação aos domínios dos traços de personalidade verificou-se que 55,5% dos controles e 50% dos casos apresentaram escores acima da média quanto à **vulnerabilidade**. As pessoas classificadas com pontuação acima da média neste campo tendem a ter características pessoais de baixa auto-estima; medo de serem abandonados pelos seus amigos, levando a realizarem atos contra a sua vontade para ter os apoios das outras pessoas, inseguras com dificuldades em decidir e, desta forma, com facilidade de adotar as condutas sexuais, alimentares, entre outras, das pessoas que lhes estão próximas. Assim, terminam tendo dificuldades em colocar limites sejam em relação a si mesmas ou em relação ao comportamento evasivo de outrem.

As pessoas que apresentam uma pontuação abaixo da média podem significar que sejam muito independentes das outras, não se preocupando com a sensibilidade alheia; sem se preocupar com as opiniões dos outros e levando a um padrão distorcido de relacionamentos sociais. Neste trabalho os valores encontrados com baixa pontuação (abaixo da média) foram representados por 31,3% entre os controles contra 39,0% entre os casos.

6.2. Desajustamento Psicossocial

O segundo domínio dos traços de personalidade é formado por **desajustamento psicossocial**, caracterizado por pessoas que apresentam dificuldades em respeitar os limites dos outros, egoístas, hostis, agressivas, freqüentemente mentindo e manipulando as situações de tal forma com traços psicóticos e que se traduzem numa representatividade em relação aos pacientes com padrões elevados de bebidas alcoólicas, jogos de azar, e excessivamente preocupados com a aparência física. Também podem significar pessoas com comportamentos sexuais de risco ou atípicos e envolverem-se em situações de risco; insensibilidade frente ao sofrimento alheio; sem preocupação com as regras sociais e ainda podendo envolver-se em situações delinqüências de intensidade grave.

Neste estudo, entre os controles foram verificadas 52,1% das pessoas com pontuação acima da média e, entre os casos, esta proporção foi de 50,0%, sendo esta população a quem devem ser dirigida a terapêutica com estratégias especiais pelo potencial de risco para a sociedade que trazem.

Nunes *et al.* (2000) mostram associação entre dependência química e desajuste psicossocial. Andrade (1998) considera muito forte, muito positiva a associação da DQ e alterações psicossociais, mas que neste trabalho não se comprovou.

Palella *et al.* (2004) mostraram em seu trabalho que na amostra estudada 22% eram usuários de maconha; cocaína (4%); anfetaminas (3%), além de drogas lícitas sem serem prescritas por médicos.

Ingerson e Hecman (2005) verificaram que as pessoas que usam heroína quadruplicam a chance de não-adesão; uso recente de cocaína e crack triplicam a chance de não-adesão, e verificaram que mais de 50% relataram depressão, cerca de 45% relataram ansiedade e 26% apresentaram problemas com álcool e outras drogas. Reforçam que a depressão tem sido identificada numa série de estudos como um importante preditor de não-adesão. No estudo foram encontrados os valores 68,8% dos controles e 66,7% dos casos apresentaram depressão, enquanto 68,8% dentre os controles e 61,1% dos casos apresentaram ansiedade.

Nos trabalhos disponíveis verifica-se que em Carvalho *et al.* (2003) foi encontrada a proporção de 18% de usuários de SPA (cocaína e maconha) além de 37,3% de pessoas com uso de álcool (não especificado se abusadores ou dependentes), enquanto no trabalho de Carballo *et al.* (2004), a forma de contágio por UDI foi de 65,1%, entre as pessoas que não apresentam adesão ao tratamento; em Lignani, Greco e Carneiro (2001), esta proporção foi de 2,5%; enquanto em Tucker *et al.* (2004), a forma de contágio por UDI foi de 23%, sendo que daquela população 54% era dependente de álcool, caracterizando, assim, a associação entre drogas (ilícitas e lícitas) e a soro-positividade.

O uso do álcool e das drogas ilícitas está associado a menor adesão à terapia anti-retroviral como mencionado por Golin *et al.* (2002), enquanto os UDI parecem definir uma evolução mais rápida, como apontado por Egger *et al.* (2002).

O uso de substâncias ilícitas também interfere nos tratamentos psicoterápicos, chegando a desagregar o grupo a que esteja ligado o portador por professar ideiação diferente da maior parte das pessoas componentes do conjunto, como evidenciado por Morrow, Costello e Bolland (2001).

Quando o escore considerado foi abaixo da média, estes valores foram de 41,6% entre os controles e 44,4% entre os casos. Quanto às pessoas com baixa pontuação, ainda não se têm estudos que dêem clareza ao seu significado, não sendo possível concluir se isto seria uma falha do instrumento.

6.3. Ansiedade

O terceiro domínio destes elementos da personalidade, é formado pelo conjunto de traços que definem a **ansiedade**, caracterizada como um estado permanente de vigília corporal em que a pessoa se sente em risco sem saber o que acontecerá, nem quando. É a caracterização clássica dos estados psíquicos de alerta, que podem determinar atitude de luta ou de fuga. Uma pessoa com ansiedade busca artifícios ou condutas para aliviá-la, sendo que então se tornam mais vulneráveis ao uso de álcool, tabaco e substâncias ilícitas. Ingerson e Heckman (2005) verificaram que cerca de 45% relataram ansiedade, além de comorbidade com o uso de substâncias psicoativas ilegais e alcoolismo.

Hutz e Nunes (2001) relatam que pessoas com altos escores apresentam instabilidade, mudanças bruscas de humor, sem qualquer fator causal objetivo, com fuga de idéias, desconexão de idéias, ritmo acelerado, sensações de quedas, tonturas, alterações do equilíbrio, desmaios, alterações do animo, pânico, fobias e medos ilógicos e irracionais, além da menor capacidade de concentração e diminuição da sua produtividade.

Carballo *et al.* (2004) consideraram frequentes as comorbidades psiquiátricas principalmente depressão e ansiedade e que para estes pacientes há a necessidade de estratégias de tratamento claramente definidas, confirmadas por Schossennon, Ross, Williams (2004).

Aqui a proporção de pessoas com traços de ansiedade e com pontuação acima da média foi de 68,8% entre os controles contra 61,1% entre os casos.

Quando os escores estão abaixo da média, por não estar em estado de vigília, a pessoa pode tornar-se mais vulnerável, com pouca capacidade de adaptação, sendo possível que nesta classificação se situem as pessoas sem ou com pouca motivação. Faltou, todavia, trabalhos específicos para poder fazer tal discriminação.

Considerando o escore abaixo da média encontramos a proporção de 27,1% entre os controles contra 38,9% entre os casos, sendo que também não se tem elemento conclusivo.

6.4. Depressão

Desta população 68,8% das pessoas dentre os controles e 66,7% dentre os casos apresentaram escore acima da média no domínio dos traços da **depressão**. Ingerman e Heckman (2005) verificaram que mais de 50% relataram depressão e 26% apresentaram problemas com álcool e outras drogas. Reforçam que a depressão tem sido identificada numa série de estudos como um importante preditor de não-adesão. No estudo, foram encontrados 68,8% dos controles e 66,7% dos casos apresentando depressão, enquanto 68,8% dentre os controles e 61,1% dos casos apresentaram ansiedade.

Altos escores podem significar pessoas com baixa expectativa em relação ao futuro, vida monótona e sem emoções, sem objetivos claros de vida, solitárias e, com frequência, apresentando ideação suicida. Devem ser avaliadas cuidadosamente porque, em função do seu quadro clínico, tornam-se indiferentes aos acontecimentos e desta forma ficam mais vulneráveis às situações de risco e condutas sexuais ou de uso de substâncias psicoativas, por não terem ânimo suficiente para resistir à ideação suicida.

As pessoas que apresentam escores baixos neste domínio podem apresentar níveis muito baixos de autocrítica, levando a uma atitude de passividade em relação aos acontecimentos do dia-a-dia. Portanto, poderão ter dificuldade em dar-se conta da intensidade dos problemas e que pioram por causa da diminuição da motivação e condutas que poderiam diminuir a intensidade dos seus problemas.

Com escore abaixo da média, houve a proporção de 25,0% entre os controles, e entre os casos foram classificados com pontuação abaixo da média 22,2%.

Garcia, Schooley, Badaró (2003) salientam que pacientes deprimidos apresentam menor adesão ao tratamento, que é aceito como fator que dificulta a terapêutica, confirmado ainda por Garcia *et al.* (2005), Garcia *et al.* (2006), considerando que 10% da população estudada apresentavam algum tipo de doença mental sem, entretanto, especificar qual.

Clinicamente há uma associação entre quadros depressivos e ansiosos e já há na literatura a verificação de que se constituem em fatores que dificultam a adesão, como apontam Capaldini e Harrison (2004); Hutton *et al.* (2004) e Komiti *et al.* (2004).

Vários autores lembram que um dos fatores mais importantes diz respeito à saúde mental da pessoa. As comorbidades psiquiátricas representam um obstáculo importante na adesão ao

tratamento como mostrados por Tourette-Tuigis e Metre (2002); Carballo *et al.* (2004); Tucker *et al.* (2004); Schonnesson e Williams (2004), Garcia *et al.* (2006).

Desta forma, confirmando as observações de Golin *et al.* (2002), Egger *et al.* (2002), as comorbidades com doenças psiquiátricas estão presentes, principalmente as caracterizadas pela cronicidade, apontadas por Cournos *et al.* (2005), Oliveira (2006) e Rosenberf *et al.* (2001). As doenças de maior prevalência estão associadas ao uso de drogas como manifestação de desajuste psicossocial e, principalmente, a depressão, como mostrado por Cruess *et al.* (2005) e Rabkin *et al.* (2004), salientando que estas doenças psiquiátricas interferem na adesão ao tratamento.

Quando comparados os resultados do EFN entre os dois grupos, verifica-se que ambos os grupos apresentam alterações em todos os domínios e que se mostraram diferentes quando comparados à população de forma geral, como mostrado por Hutz e Nunes (2001).

7. FIGURAS COMPLEXAS DE REY

7.1 Tempo de Processo de Cópia

Relacionadas aos aspectos cognitivos mais presentes, considerando-se os mais importantes, neste trabalho, o reconhecimento, a aquisição de formas, a coordenação motora no **processo de cópia** no Teste das Figuras Complexas de Rey, houve a proporção de 37,8% dentre os controles contra 33,0% nos casos, com o tempo acima da média.

Oliveira (1998) considerava que pessoas com **tempo acima da média** geralmente apresentavam baixo nível intelectual, dispraxia de construção gráfica, percepção visual confusa, sincretismo, dificuldade da análise viso-espacial. Por outro lado quando apresentam tempo acima da média, mas com riqueza e fidelidade da cópia, mostram características de uma pessoa com dedicação, cuidado e capricho nas suas atividades gerais.

Com a pontuação **abaixo da média** foram verificados 48,6% dentre os controles e 50,0% dentre os casos. Oliveira (1998) afirmava que, com a diminuição do tempo e sem ter a qualidade, fica demonstrada a incapacidade de uma percepção global, procurando apenas um elemento. Quando se tem um tempo curto, mas com a fidelidade da cópia, podem ser pessoas com trabalho mental rápido, com traços firmes, demonstrando uma forma peculiar de análise.

A interpretação mais lógica, mais adequada, dos pacientes em ambos os grupos que fizeram a cópia com o tempo abaixo da média é a de que já há um comprometimento cognitivo tal, que a pessoa não consegue mais concentrar a atenção nas tarefas e, em conseqüência, não apreende a forma, os detalhes do desenho, havendo uma cópia de má qualidade. Por outro lado, os pacientes que apresentam tempo acima da média podem significar que haja perseveração motora, com a lentificação da execução, o que não significa especificamente que a qualidade seja melhor. Desta forma, não verificadas, além do tempo, a fidelidade da cópia, a organização mental do trabalho para a cópia, a seqüência de movimentos, dando uma idéia geral da organização do trabalho.

7.2. Tempo de Reprodução da Memória

Na operação **do tempo da reprodução de memória**, que significa o quanto de estímulos ficou retido na consciência, não apenas em seu aspecto geral, mas também nos detalhes, nos aspectos parciais, bem como a velocidade da capacidade de evocação traduzida no tempo para a execução da reprodução da figura, 52,16% das pessoas dos controles e 66,7% dos casos gastaram tempo acima da média para a reprodução, demonstrando não apenas maior dificuldade na reprodução como também no tempo levado para a evocação de cada parte da figura. Isto se traduz numa perda significativa da capacidade mnêmica.

Ainda com a classificação do tempo abaixo da média para a reprodução da figura encontramos a proporção de 16,6% entre os controles e 11,1% entre os casos, podendo significar que o comprometimento mnêmico já se evidencia, uma indiferença frente aos acontecimentos recentes e que pode traduzir também pobreza, permitindo ser interpretada como desinteresse em si, em relação ao outro e ao meio ambiente.

7.3. Fidelidade da Cópia

Quando considerada a **fidelidade da cópia** em que se procura verificar a atenção e a fixação dos detalhes, da posição, da proporção dos diferentes segmentos da figura, verificamos que com a **pontuação acima da média** encontramos dentre os controles a proporção de 29,1% contra 33,4% dentre os casos, interpretando-se como tendo características de cuidado, precisão e, freqüentemente, de perseverança nas tarefas, sofrendo pelas já presentes limitações causadas pelas doenças.

Quando buscamos as pessoas com a **pontuação abaixo da média**, 45,9% dentre os controles estavam assim classificados, enquanto dentre os casos esta proporção foi de 50,0%.

A interpretação dos dados das pessoas com pontuação abaixo da média no Teste de Rey mostra que já há uma insuficiência na reprodução, que pode significar, para as deficiências da elaboração e execução, que são processos básicos da cognição, levando à piora gradativa e à deterioração, com a tendência de preceder a demência.

7.4. Fidelidade da Reprodução

Na apuração da pontuação da **fidelidade e reprodução da memória** foi encontrada a proporção de 12,5% dentre os controles, não havendo pessoas entre os casos com alta pontuação. Quando considerada a pontuação abaixo da média, foram encontradas as proporções de 62,5% das pessoas dentre os controles, contra 77,8% das pessoas classificadas como casos, que foram classificadas nesta categoria.

Durante a aplicação do Teste das Figuras Complexas de Rey uma parcela da população de ambos os grupos não conseguiu executá-lo. As proporções destas pessoas variaram de 22,9% entre os controles e de 16,7% dentre os casos. A interpretação mais lógica é que estes pacientes já estavam com deficiências motoras e mnêmica, não conseguindo realizar as tarefas destinadas.

Tanto em relação aos dados do EFN quanto das Figuras Complexas de Rey não houve diferenças estatisticamente significante, que pode ser atribuída ao pequeno número de pessoas participantes do estudo. Entretanto, devido à natureza do fenômeno estudado, em que há o risco para a população e que este risco permanece, consideramos de fundamental importância as diferenças encontradas, que podem subsidiar ações preventivas.

8. CONCLUSÕES

A AIDS foi e continua sendo uma das maiores epidemias do mundo moderno, abalando, no momento em que eclodiu, a estrutura da sociedade por afetar os valores morais e sociais vigentes e lembrar com temor dos grandes prejuízos causados pelas epidemias passadas, quando se acreditava fazerem parte da história da medicina e da humanidade.

No grupo estudado, as diferenças dos resultados do EFN ficaram mais marcantes no grupo das pessoas que não mantêm adesão ao tratamento, mostrando, assim, maiores alterações nos traços de personalidade em todos os domínios.

Considerando os prejuízos cognitivos apontados pelas Figuras Complexas de Rey, verifica-se que os maiores prejuízos se dão no grupo dos casos, indicando que as pessoas com tratamento regular ficam mais protegidas.

O fato de que a epidemia deverá continuar por muito tempo, e está se tornando uma doença crônica, pode fazer com que a prevenção seja “relaxada” e aumente o risco de recrudescimento da epidemia.

Torna-se necessária a continuidade de trabalhos que objetivem uma busca sistemática das pessoas que não mantêm adesão ao tratamento. Não serem localizadas pode indicar, entre outras coisas, que as pessoas não querem se expor ou ficar submetidas ao tratamento.

Também se faz necessária a realização de novos trabalhos objetivando a associação entre religiosidade, usuários de drogas injetáveis e estrutura familiar para melhor compreensão da epidemia.

É necessária a preparação da equipe para avaliar psicologicamente a cada paciente diagnosticado. De acordo com as suas características, a equipe teria estratégias diferentes na busca da adesão do paciente, buscando diminuir a proporção de pessoas que se evadem do tratamento.

9. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

Acurcio, F.; Guimarães, M. – Utilização de medicamentos por indivíduos HIV positivos: abordagem qualitativa. *Revista de Saúde Pública*, 33 (1): 73-84, 1999.

Adams S. G., Howe J. T: Predicting medication compliance in a psychiatric population. *Journal of Nervous and Mental Disease* 181: 558-560, 1993.

Andrade, S. M. O. - Coordenação Estadual de DST e AIDS – Avaliação da Adesão dos Usuários aos Serviços Ambulatoriais Especializados (SAE) – Mato Grosso do Sul, 1998.

Ayache, D. C. G. – Traços de Personalidade e suas Alterações em Pacientes do Sexo Feminino com Lupus Eritematoso Sistêmico. Dissertação de Mestrado.UFMS, 2006.

Bansberg, D. R.; Perry, S.; Charlebois, E. D.; Clarck, R. A.; Robertson, M.; Zolopa, A. R.; Moss, A. – Non-adherence to highly active antiretroviral therapy predicts progression to AIDS. *AIDS*, 15 (9): 1181-3, 2001.

Bossi, P. P. A; Bricaire, F. – Diagnostic Clinique et Paraclinique des Lésions Neurologiques SIDA. *L.Neuroradiol*, 22, 142-147, 1995.

Brambatti, L. P; Carvalho, W. M. E. S. - A adesão ao tratamento em pessoas vivendo com HIV/AIDS: barreiras e possibilidades / Treatment of HIV/AIDS patients: challenges and possibilities on adherence [Revista saúde do Distrito Federal](#); 16(3/4): 7-21, jul.-dez. 2005.

Cabral, M. A; Giglio, J. S.; Stangenhau, G. – Características de personalidade de pacientes artríticos reumatóides, tratados num ambulatório de um hospital-escola. *Revista ABP/APAL*, 8 (3): 102-106, 1986.

Capaldini, L.; Harrison, G. – Overcoming depression. *Beta*, 16 (2): 18-25, 2004.

Carballo, E.; Cadarso-Suárez, C.; Carrera, I.; Fraga, J.; Fuente, J.; Ocampo, A.; Ojea, R; Prieto, A. – Assessing relationships between health-related quality of life and adherence to antiretroviral therapy. – *Quality of Life Research* 13: 587-599, 2004.

Carvalho, C. V.; Duarte, D. B.; Haman, D. M.; Bicudo, E; Laguardia, J. – Determinantes da aderência à terapia anti-retroviral combinada em Brasília, Distrito Federal, Brasil, 1999-2000. *Caderno de Saúde Pública*, 19(2): 593-604 - 2003.

Ceccato, M.; Acurcio, F.; Bonolo, P.; Rocha, G.; Guimarães, M. – Compreensão de informações relativas ao tratamento Anti-retroviral entre indivíduos infectados pelo HIV. *Caderno de Saúde Pública*, 20(5): 1389-1397, 2004.

Chesney M. A., Smith A. W. "Critical delays in HIV testing and care: The potential role of stigma" *American Behavioral Scientist* 42/7: 1162-1174; 1999.

Chiaravalloti V. B., Moraes M.S., Chiaravalloti-Neto F. Conversani D. T., Fiorin A. M., Barbosa A. A. C., Ferraz A. A. Avaliação sobre a adesão às práticas preventivas do dengue: o caso de Catanduva, São Paulo, Brasil. *Cadernos de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(5): 1321-1329, set-out, 2002.

Cournos, F., McKinnon, K., & Wainberg, M. L. What can mental health interventions contribute to the global struggle against HIV/AIDS - *World Psychiatry*, Oct 3, 135-141, 2005.

Cruess D. G., S. D. Douglas, J. M. Petitto, T. T. Have, D. Gettes, B. Dube, M. Cary, and D. L. Evans Association of Resolution of Major Depression With Increased Natural Killer Cell Activity Among HIV-Seropositive Women *Am J Psychiatry*, 162(11): 2125-2130. November 1. 2005.

D'Andrea, F. F. – *Desenvolvimento da Personalidade*. 10ª Edição – Editora Bertand Brasil S. A., 1991.

[Egger M](#), [May M](#), [Chêne G](#), [Phillips A. N.](#), [Ledgergerber B.](#), [Dabis F.](#), [Costagliola D.](#), [D'Arminio Monforte A.](#), [de Wolf F.](#), [Reiss P.](#), [Lundgren J. D.](#), [Justice A. C.](#), [Staszewski S.](#), [Leport C.](#), [Hogg R. S.](#), [Sabin C. A.](#), [Gill M. J.](#), [Salzberger B.](#), [Sterne J. A.](#); [ART Cohort Collaboration](#). - Prognosis of HIV-1-infected patients starting highly active antiretroviral therapy: a collaborative analysis of prospective studies. *Lancet*, Jul 13: 360 (9327) 119-129. Erratum in: *Lancet*, Oct 12; 360(9340): 1178, 2002.

Farmer, P.; Leandre, F.; Mukherjee, J.; Gupta R.; Tarter, L.; Kim, J.Y. – Tratamiento comunitario de la infección avanzada por el VIH: introdució del tratamiento DOT-HAART (tratamiento bajo observación directa con antirretrovirales de gran potencia). *Boletín de la Organización Mundial de la Salud*. Recopilación de artículos Nº 6, 2002.

Fauci, A. – *World 'losing fight against AIDS`* Last Updated: Monday, 23 July 2007, 16:30 GMT 17:30 UK – BBC NEWS

Fawcett, J. – Compliance: Definitions and Key Issues. *J Clin Psychiatry* 56 (suppl 1), 1995.

Fernandes, J. C. L. - Evolução dos conhecimentos, atitudes e práticas relativas ao HIV/AIDS em uma população de favela do Rio de Janeiro. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 14(3): 575-581, jul-set, 1998.

Fernandes. R.; C.; S., C.; Arajo. L., C.; Acosta. E., Medina O desafio da preveno da transmissio vertical do HIV no Municipio de Campos dos Goytacazes, Rio de Janeiro, Brasil. -----artigo <http://search.babylon.com/home>.

Ferreira, V. M. B; Portela, M. C. – Avaliação da subnotificação de casos de AIDS no Município do Rio de Janeiro com base em dados do sistema de informações hospitalares do Sistema Único de Saúde. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2): 317-324, abr-jun, 1999.

Figueiredo, R.; Sinkoc, V.; Tomazim, C.; Gallani, M.; Colombrini, M. – Adesão de pacientes com aids ao tratamento com anti-retro-virais: dificuldades relatadas e proposição de medidas atenuantes em um hospital escola. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 9(4): 50-55 2001.

Filgueiras, S. L.; Deslandes, S. F. – Avaliação das ações de aconselhamento. Análise de uma perspectiva de prevenção centrada na pessoa. *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15 (Sup.2): 121-131, 1999.

Fletcher, R. H.; Fletcher, S. W. Wagner, E. H. – *Epidemiologia Clínica: Elementos Essenciais*. 3ª. Edição. Artes Médicas. Porto Alegre, 1996.

Garcia, R.; Badaró, R.; Netto, E.M.; Silva, M.; Amorin, F.S.; Ramos, A.; Vaida, F.; Brites, C.; Schooley, R. – Cross-Sectional Study to Evaluate Factors Associated with Adherence to Antiretroviral Therapy by Brazilian HIV-Infected Patients. *Aids Research and Human Retroviruses*, 22(12): 1248-1252, 2006.

Garcia, R. - An Adherence Trilogy Is Essential for Long-Term Haart Success. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, v. 8, n. 5, p. 307-314, 2003.

Gilbert, L.; Walker, L. – HIV/AIDS in South Africa: an overview. *Caderno de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, 18(3): 651-660, mai-jun, 2002.

[Gold M. S.; Frost-Pineda K; Carnes P. J.](#) - Depression-related improvement with vardenafil for erectile response. *Am J Psychiatry*. 163(8): 1449, Aug. 2006.

[Golin, C. E., Liu H., Hays R. D., Miller L. G., Beck C. K., Ickovics J., Kaplan A. H., Wenger N. S.](#) - A prospective study of predictors of adherence to combination antiretroviral medication. *J Gen Intern Med* (10): 756-65. Oct; 17 2002.

Gomes, R.; Silva, C. M. F. P.; Deslandes, S. F.; Souza, E. R. – Avaliação da assistência ambulatorial a portadores de HIV/AIDS no Rio de Janeiro segundo a visão dos usuários. *Caderno de Saúde Publica*, Rio de Janeiro, 15(4) – 789-797, out-dez, 1999.

Greenberg, R. S.; Daniels, S. R.; Flanders, W. D.; Eley, J. W.; Boring III, J. R. – *Epidemiologia Clínica*. 3a. Edição. Artes Médicas, Porto Alegre, 2005.

Gupta, N.; Silva, S. A.; Passos, L. – The role of integrated home-based care in patient adherence to antiretroviral therapy. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 38(3): 241-245, 2005.

Hutton, H. E.; Lyketsos, C. G.; Zenilman, J. M.; Thompson, R. E.; Erbeding, E. J. - Depression and HIV risk behaviors among patients in a sexually transmitted disease clinic. *Am J Psychiatry* May, 161(5): 912-914, 2004.

Hutz, C. S.; Nunes, C. H. S. S. – *Escala Fatorial de Ajustamento Emocional/Neuroticismo*. Casa do Psicólogo, 2001.

Ickovics, J. R.; Meisler, A. W. - Adherence in AIDS Clinical Trials: A Framework for Clinical Research and Clinical Care [Journal of Clinical Epidemiology](#), 50(4): 385-391, April, 1997.

Ingersoll, K.; Heckman, C. – Patient-Clinician Relationships and Treatment System effects on HIV Medication adherence. *AIDS and Behavior*, 9 (1): 89-101, 2005.

Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística-IBGE - Censos resultarão ainda na formação do Cadastro Nacional de Endereços para Fins Estatísticos, que subsidiará as principais pesquisas do IBGE p. 95, 2007

Kemp R.; Kirov G.; Hayward P.; David A. - A randomised controlled trial of compliance therapy in psychosis: Follow-up results and predictors of outcome *Schizophrenia Research*, 18 (2):135, February, 1996.

[Kampman, O.](#), [Lehtinen, K.](#) - Compliance in psychoses. *Acta Psychiatrica Scandinavica*; 100: (3): 167-75, Sep, 1999.

Komiti, A., Judd, F., Grech, P., Mijch, A., Hoy, J., & Williams, B. et al. Depression in people living with HIV/AIDS attending primary care and outpatient clinics. *The Australian and New Zealand Journal of Psychiatry* 37: (1) 70-77, 2003.

Lauria, L. M.; Yiago, S.; Pacheco, A.; Cruz, M.; Aquino, S.; Saraceni, V. & Durovni, B. A mortalidade por AIDS no município do Rio de Janeiro. In: I Fórum e II Conferência de Cooperação Técnica Horizontal da América Latina e do Caribe em HIV/AIDS e DST, Resumos, v. I, p. 292, 2000.

Legado de Reagan é uma lembrança ruim para a comunidade gay americana *Revista Agence France-Presse – Junho, 2004.*

Lemos, K. R. V.; Valente, J. G. – A declaração de óbito como indicador de sub-registro de casos de AIDS, *Caderno de Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 17(3):617-626, mai-jun, 2001.

Lignani, L. J.; Greco, D. B.; Carneiro, M. – Avaliação da aderência aos anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. – *Ver Saúde Pública*, 35(6): 495-501, 2001.

[Mark K. E.](#); [Murray P. J.](#); [Callahan D. B.](#); [Gunn R. A.](#) - Medical care and alcohol use after testing hepatitis C antibody positive at STD clinic and HIV test site screening programs. *Public Health Rep.*, 122(1): 37-43, Jan-Feb, 2007.

Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde Programa Nacional de DST e AIDS - Boletim Epidemiológico - AIDS e DST Ano III - nº. 1 - 01ª - 26ª de 2006 - semanas epidemiológicas janeiro a junho de 2006, lançado em Novembro de 2006.

Monreal, M. T. F. D.; Cunha, R. V.; Trinca, L. A. – Compliance to Antiretroviral Medication as Reported by AIDS Patients Assisted at the University Hospital of the Federal University of Mato Grosso do Sul. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 6(1): 8-14, 2002.

Moreno, D. H; Soares; M. B. M – Diagnósticos & Tratamento. Elementos de Apoio. Depressão. Lemos Editorial, São Paulo, 2003.

Morrow, K.; Costello, T.; Boland, R. – Understanding the Psychosocial Needs of HIV - Positive Women. A. qualitative study. Psychosomatics 42 (6): 2001.

Moss, A .R.; Hahn, J. A.; Perry, S.; Charlebois, E. D.; Guzman, D.; Clarck, R. A.; Bansberg, D. R. – Adherence to Highly Active Antiretroviral Therapy in the Homeless Population in San Francisco: A Prospective Study. HIV/AIDS.CID 39: 1190-1198, October, 2004.

Mota, M. P. – Gênero e sexualidade: fragmentos de identidade masculina nos tempos da AIDS. Caderno de .Saúde Pública, Rio de Janeiro, 14(1): 145-155, jan-mar, 1998.

Nageotte, C.; Sullivan, G.; Duan, N.; Camp, P.L. – Medication compliance among the seriously mentally ill in a public mental health system. Soc Psychiatry Epidemiol. 32: 49-56- 1997.

Nunes, S. O. V.; Reiche, Edna Maria Vissoci; Matsuo, Tiemi; Morimoto, Helena Kaminami; Xavier, E. C. D.; Vieira, V. R.; Silva, S. S.; Menoli, A. V. ; Yamashita, C. M.; Costa, F. B.; Bueno, C. R.; Reiche, F. V.; Oliveira, R. R. Depressão e citocinas. In: XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria e do Regional meeting World Psychiatric Association, 2000, Rio de Janeiro, RJ. Anais do XVIII Congresso Brasileiro de Psiquiatria e do Regional Meeting World Psychiatric Association, v. 1. p.173 - 2000.

Oliveira, M. A.; Esher, A.F.S.C.; Santos, E.M.; Cosendey, M.A .E.; Luiza, V.L.; Bermudez, J.A .Z. – Avaliação da assistência farmacêutica às pessoas vivendo com HIV/AIDS no Município do Rio de Janeiro. Cad. Saúde Pública, RJ. 18(5): 1429-1439, set-out, 2002.

Paicheler, G., General populations and HIV prevention strategies: From risk to action. Cadernos de Saúde Pública, 15(Sup. 2): 93-105, 1999.

Palella, F.J.; Delaney, K.M.; Moorman, A.C.; Loveless, M.O.; Fuhrer, J.; Satten, G.A. et al – Declining morbidity and mortality among patients with advanced human immunodeficiency virus infection. New England Journal of Medicine, 338, 853-860, 1998.

Palella, F. J. Jr.; Cole, S. R.; Chmiel, J.S.; Riddler, S.A.; Visscher, B.; Dobs. A., Williams, C. *Anthropometrics and examiner-reported body habitus abnormalities in the multicenter AIDS cohort study* Clinical infectious diseases: an official publication of the Infectious Diseases Society of America; 38(6): 903-7, 2004.

[Perkins D. O.](#) - Predictors of noncompliance in patients with schizophrenia.J Clin Psychiatry.; 63(12): 1121-8. Review. PMID: 12523871 Dec 2002.

Pierre, J. – Vivir com el VIH em um contexto de enfermedad crônicas: aspectos metodológicos y conceptuales. Cuadernos Medico Sociales, 77: 35-44, 2000.

Pinheiro. C. A. T. Carvalho-Leite J. C.; Drachler M. L.; Silveira, V. L. Factors Associated With Adherence To Antiretroviral Therapy in HIV/AIDS Patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. *Brazilian Journal Medical and Biological Research* 35: 1173-1171, 2002.

Pristach, C. A. and Smith, C. M. 'Medication compliance and substance abuse among psychiatric patients', *Hospital Community Psychiatry*, 41, pp. 1345-8 1990.

Rabkin, J.G., McElhiney, M., Ferrando, S., Van Gorp, W., Lin, S.: Predictors of employment of men with HIV/AIDS: A longitudinal study. *Psychosomatic Medicine*, 66: 72-78, 2004.

Razali, M. S; Yahya H., - Compliance with treatment in schizophrenia: a drug intervention program in a developing country. *Acta Psychiatr Scand* May. 91(5): 331-5, 1995.

Richter, P.; Daker, M.V.; Biczko, P. – Um encontro em Heidelberg. Parte I – Personalidade em desordens afetivas: alguns resultados em teste estandardizado (FPI A). *J. Bras. Psiqu.* 43(4): 193-197, 1994.

Rosenberg S. D.; Goodman L. A.; Osher F. C.; Swartz M. S.; Essock S. M.; Butterfield M. I.; Constantine N. T.; Wolford G. L.; Salyers M. P. - Prevalence of HIV, hepatitis B, and hepatitis C in people with severe mental illness. [Am J Public Health](#); 91(1): 31-7, Jan, 2001.

Sacktor, N.; Lyles, R.H.; Skolasky, R.; Kleeberger, C.; Selnes, O.A.; Miller, E.N.; Becker, J.T., Cohen, B.; McArthur, J.C. – HIV – associated neurologic disease incidence changes: Multicenter AIDS Cohort Study, 1990-1998. *Neurology*, 56(2): 257-260, 2001.

Santos, A. C. – Sexualidades politizadas: ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 18(3): 595-611, mai-jun, 1999.

Santos, A. C. - Sexualidades politizadas: Ativismo nas áreas da AIDS e da orientação sexual em Portugal. *Cadernos de Saúde Pública*, 18: 595-611, 2002.

Schonnesson, L.; Ross, M.; Williams, M. – The HIV medication self-reported nonadherence reasons (SNAR) Index its underlying psychological dimensions. *AIDS and Behaviour*, 8(3): 293-301, 2004.

Seidl, E. M. F.; Costa, C. M. L. C.; Trócoli, B. T. – Pessoas vivendo com HIV/AIDS: enfrentamento, suporte social e qualidade de vida. Tese de Doutorado apresentada no Departamento de Psicologia. Universidade de Brasília, 2006.

Silveira, V.L.; Drachler, M.L.; Leite, J.C.C.; Pinheiro, C.A .T. – Characteristics of HIV antiretroviral Regimen and Treatment Adherence. *The Brazilian Journal of Infectious Diseases*, 7(3): 194-201, 2003.

Sisto, F.F.; Bueno, J.M.H.; Rueda, F.J.M. – Traços de personalidade na infância e distorção e integração de formas: um estudo de validade. *Psicologia em Estudo*. Maringá, V 8, N.1, p.77-84, jan-jun, 2003.

Sorensen, J. L. et al. Medication adherence strategies for drug abusers with HIV/AIDS. *AIDS Care* 10: 297-312, 1998.

Souza, C. A .C.; Bueno, J. R.; Mattos, P. – Fatores psíquicos e a aderência de pacientes diabéticos ao tratamento. *J Brás Psiq*, 47 (8): 387-395, 1998.

Tostes, M. – Aspectos psiquiátricos da infecção por HIV/AIDS. Aula apresentada no Programa de Educação Continuada da Associação Brasileira de Psiquiatria (PEC/ABP), março de 2007.

Tourette-Turgis C., Pereira-Paulo L., Rébillon M. -. Coopération Nord/Sud - [L'arrivée des antirétroviraux: une économie sociale et familiale perturbée, une confrontation à d'impossibles dilemmes](#). *Le Journal de la Démocratie sanitaire*, 146: 24-28, 2002.

Tucker, J.S.; Orlando, M.; Burnam, M.A .; Sherbourne, C.D.; Gilford, A .L; Kung, F.Y. – Psychosocial Mediators of Antiretroviral Nonadherence in HIV-Positive Adults With Substance Use and Mental Health Problems – *Health Psychology*, vol 23, No 4, 363 – 370, 2004.

Vermelho, L. L.; Barbossa, R.H.S.; Nogueira, S.A. – Mulheres com AIDS: desvendando histórias de risco. *Cad. Saúde Pública*, Rio de Janeiro, 15(2): 69-379, abr-jun, 1999.

Wang F.; So, Y.; Vittinghoff, E.; Malani, H.; Reingold, A.; Lewis, E.; Giordano, J.; Janssen, J. – Incidence Proportion of and Risk Factors for AIDS Patients Diagnosed with HIV Dementia, Central Nervous System Toxoplasmosis, and Cryptococcal Meningitis. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes and Human Retrovirology*, 8: 75-82, 1995.

Wood, E.; Hogg, R.S.; Yip, B.; Harrigan, P.R.; O'Shaughnessy, M.V.; Montaner, J.S.G. – Effect of Medication Adherence on Survival of HIV-Infected Adults Who Start Highly Active Antiretroviral Therapy When the CD4 °Cell Count Is 0,200 to 0,350 x 10(9) cells/L. *Ann Intern. Med.* 139(10): 810-816, nov-2003.

ANEXO 1

Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

Declaro que fui informado pelo Dr. Juberty Antonio de Souza ou por alguém da sua equipe sobre os objetivos deste trabalho que são o de conhecer quais são os fatores, inclusive os de personalidade que facilitam ou dificultam o nosso compromisso com o tratamento, que nos facilitam ou dificultam a nossa aceitação ao tratamento.

Declaro que fui cientificado de que não receberia nenhuma recompensa e nem terei que fazer qualquer tipo de pagamento pela minha participação, que terei a minha identidade protegida e que poderei desistir a qualquer momento, sem que isto signifique qualquer prejuízo ou dificuldade aos meios disponíveis de tratamento.

Também recebi a informação, de que não sofrerei nenhum tipo de procedimento evasivos ou cruentos, que não terei necessidade de doar sangue ou sofrer qualquer tipo de cirurgia para o estudo. Informaram-me também que terei de responder a um questionário sobre meus dados pessoais e ainda um questionário que tem por finalidade a identificação de traços de personalidade e que os resultados obtidos só serão utilizados para fins científicos, que os dados obtidos poderão ajudar a melhorar as formas de abordagens às pessoas contagiadas com possibilidade de melhores resultados terapêuticos.

Estou ciente de que qualquer dúvida sobre o trabalho poderá ser esclarecida pelo Dr. Juberty Antonio de Souza no Departamento de Clínica Médica da Universidade Federal de Mato Grosso ou pelos telefones 9982.1086 e 9221.2482.

Após ter todas estas explicações e tê-las compreendido, declaro o meu consentimento em participar do estudo ao assinar este documento.

Nome _____

Assinatura _____ RG _____

Campo Grande, MS _____/_____/_____

ANEXO 2

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE DOUTORAMENTO

FICHA DE COLETA DE DADOS

1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO

NOME _____ RG _____
SEXO: () MASC. () FEM. DATA DE NASCIMENTO ____/____/____
LOCAL DE NASCIMENTO _____ UF _____
RELIGIÃO _____ PRÁTICA: () SIM () NÃO
TRABALHA: () SIM () NÃO OCUPAÇÃO _____
TEMPO DE TRABALHO ____anos ____meses SALÁRIO _____(em SM)
ESCOLARIDADE: _____ ESTUDA AGORA: () SIM () NÃO
MORA COM QUEM: PAIS () IRMÃOS () TIOS () AVÓS ()
AMIGO(S) () REPÚBLICA () HOTEL () OUTROS _____

2. DADOS CLÍNICOS

DATA DO DIAGNÓSTICO ____/____/____
COMO SOUBE DO DIAGNÓSTICO _____

FORMA DE CONTÁGIO

SEXUAL: () HOMOSSEXUAL () BISEXUAL () HETEROSSEXUAL

SANGUÍNEA: () UDI () HEMOFÍLICO () TRANSFUSÃO

PERINATAL () ACIDENTE DE TRABALHO () IGNORADO ()

EXAMES COMPLEMENTARES: ELISA () WESTERN BLOTT ()

Caderno de Aplicação

Instruções:

Leia atentamente cada uma das seguintes sentenças e marque na Folha de Respostas o quanto ela é adequada para descrever suas opiniões, sentimentos ou atitudes.

Se você acha que a frase descreve muito bem suas opiniões, sentimentos ou atitudes, marque o "7". Se você acha que essa frase absolutamente não o descreve bem, marque "1".

Quanto mais você acha que esta frase é apropriada para descrevê-lo, mais próximo do "7" você deve marcar; quanto menos você acha que essa sentença é apropriada, mais próximo do "1" você deve marcar. Se você considerar que a sentença o descreve "mais ou menos", marque "4".

1. completamente inadequada, "a sentença não descreve nenhuma característica minha"
4. neutro, "mais ou menos"
7. perfeitamente adequada, "a sentença me descreve perfeitamente bem"



-
1. Deixo de fazer as coisas que desejo por medo de ser criticado pelos outros.
 2. Com frequência, sinto muita necessidade de falar com alguém, mesmo que seja com uma pessoa desconhecida.
 3. Sinto-me muito mal quando recebo alguma crítica.
 4. Gosto muito de apostar ou jogar a dinheiro, independente de quanto venha a perder.
 5. Quando falo comigo mesmo, é como se houvesse outra pessoa dentro de mim, discutindo e argumentando comigo.
 6. Com frequência, penso que a minha vida é ruim.
 7. Me incomodo se pessoas conhecidas desaprovam alguma coisa que faço.
 8. Com frequência, sinto que tenho que sair imediatamente de onde estou, caso contrário algo muito ruim pode me acontecer.
 9. Frequentemente tenho ótimas idéias, mas elas são criticadas ou ignoradas por meus conhecidos.
 10. Às vezes ouço vozes dentro da minha cabeça.
 11. Sou capaz de fazer coisas que me desagradam para não perder as pessoas importantes para mim.
 12. Os meus familiares reclamam que bebo muito.
 13. Com frequência, passo por períodos em que fico extremamente irritável, me incomodando com qualquer coisa.
 14. Tenho dificuldade em expressar as minhas opiniões por achar que as pessoas não darão importância a elas.
 15. Geralmente me sinto feliz.
 16. Sinto que posso ter uma doença grave, mesmo que os médicos não encontrem nada de errado comigo.

17. Quando as coisas vão mal, procuro pensar que elas não podem continuar assim para sempre.
18. Frequentemente sinto que coisas muito ruins estão por acontecer, mesmo sem nenhum motivo aparente.
19. Acho que a minha vida vai melhorar no futuro.
20. Sou capaz de qualquer coisa para que as pessoas não me deixem.
21. Acho que estou bebendo muito ultimamente.
22. Tenho muito medo que os meus amigos deixem de gostar de mim.
23. Com frequência, tenho sensações de tontura, vertigem ou desmaio.
24. Acho que as pessoas não me consideram interessante.
25. Sou uma pessoa pessimista.
26. Às vezes, gosto de matar ou ver animais mortos.
27. Às vezes sinto medo de perder o controle sobre as minhas ações e fazer coisas imprevisíveis.
28. Gosto de ouvir elogios sobre minha aparência, me aborrecendo quando isto não ocorre.
29. Sou uma pessoa irritável.
30. Tenho muita dificuldade em tomar decisões na minha vida.
31. Se for necessário mentir para conseguir alguma coisa, minto sem constrangimento.
32. Não tenho nenhum objetivo a buscar na vida.
33. Às vezes sinto que estou pensando muito rapidamente, sobre mais de uma coisa ao mesmo tempo, como se estivesse assistindo a vários programas de TV simultaneamente.
34. Sou uma pessoa insegura.

-
35. Já tentei cometer suicídio.
 36. Meu humor varia constantemente.
 37. Geralmente faço o que os meus amigos e parentes querem, embora não concorde com eles, com medo de que se afastem de mim.
 38. Quando sinto que as pessoas não estão me observando, faço algo para chamar a atenção.
 39. Já falei para outras pessoas que iria cometer suicídio.
 40. Às vezes passo por períodos em que me sinto extremamente feliz e eufórico, mas depois vêm períodos de profunda tristeza e sofrimento.
 41. Estou satisfeito comigo mesmo.
 42. Quando estou em grupo, prefiro não falar nada, pois sei que os outros acharão erradas as minhas opiniões.
 43. Espero ter sucesso no futuro.
 44. Com frequência como muito, sem conseguir me controlar e parar de comer.
 45. Acho normal cometer algumas infrações para conseguir o que quero.
 46. Tenho dificuldade em me concentrar nas tarefas que estou fazendo.
 47. Estou cansado de viver.
 48. Às vezes, após beber muito, não me lembro do que aconteceu.
 49. Não gosto do meu corpo.
 50. Tudo o que posso ver à minha frente é mais desprazer do que prazer.
 51. Às vezes sinto um medo súbito de morrer.
 52. Não gosto de expressar as minhas idéias, pois tenho medo de ser ridicularizado.
 53. Prefiro me distrair com atividades em que eu tenha pouco ou nenhum contato com outras pessoas.

-
54. Fico muito irritado quando alguém que estou esperando se atrasa, mesmo que seja por apenas alguns minutos.
 55. Sinto uma grande necessidade de ser ajudado pelos outros para levar adiante a minha vida.
 56. Nunca consigo o que quero, portanto, é tolice desejar qualquer coisa.
 57. Tenho fases em que fico dias sem dormir e me sentindo bem, cheio de energia.
 58. Frequentemente me sinto perturbado por um intenso sentimento de culpa.
 59. Gosto de envolvimento sexuals incomuns.
 60. Mudo os meus gostos e preferências com facilidade.
 61. Às vezes os meus pensamentos surgem tão rapidamente e intensamente que eu fico confuso.
 62. Sinto-me entediado com a vida.
 63. Frequentemente sofro de insônia.
 64. Os meus amigos dizem que bebo demais.
 65. Sou uma pessoa nervosa.
 66. Não acho errado enganar as pessoas se isso for necessário para atingir meus objetivos.
 67. Com frequência, eu choro sem motivo.
 68. Só me aproximo de uma pessoa quando estou certo de que ela concorda com as minhas opiniões e atitudes, para evitar críticas ou desaprovação.
 69. Às vezes, tenho acessos de raiva em que chego a ferir a mim mesmo.
 70. Sou uma pessoa solitária.
 71. Sinto com frequência episódios de taquicardia (aceleração dos batimentos cardíacos).

-
72. Levo muito em conta o que as pessoas dizem ao decidir o que fazer.
 73. Penso no futuro com esperança e entusiasmo.
 74. Adoro ter envolvimento sexual que são diferentes daqueles que as pessoas em geral têm.
 75. Peço com frequência conselhos a amigos e conhecidos porque tenho muita dificuldade para tomar decisões.
 76. É possível que meu trabalho ou estudo esteja sendo prejudicado porque eu tenho bebido demais.
 77. Acho que a minha vida é vazia e sem emoção.
 78. Há ocasiões em que acho que posso fazer qualquer coisa que desejar.
 79. Sinto prazer em tudo o que eu faço.
 80. Meus amigos acham que gasto muito tempo cuidando da minha aparência.
 81. Com frequência, sinto vontade de chorar sem nenhum motivo aparente.
 82. Raramente sinto prazer ao realizar uma atividade.

Folha de Respostas — EFN

Nome: _____ Idade: _____ Sexo: M () F ()

Escolaridade: _____ Estado Civil: _____

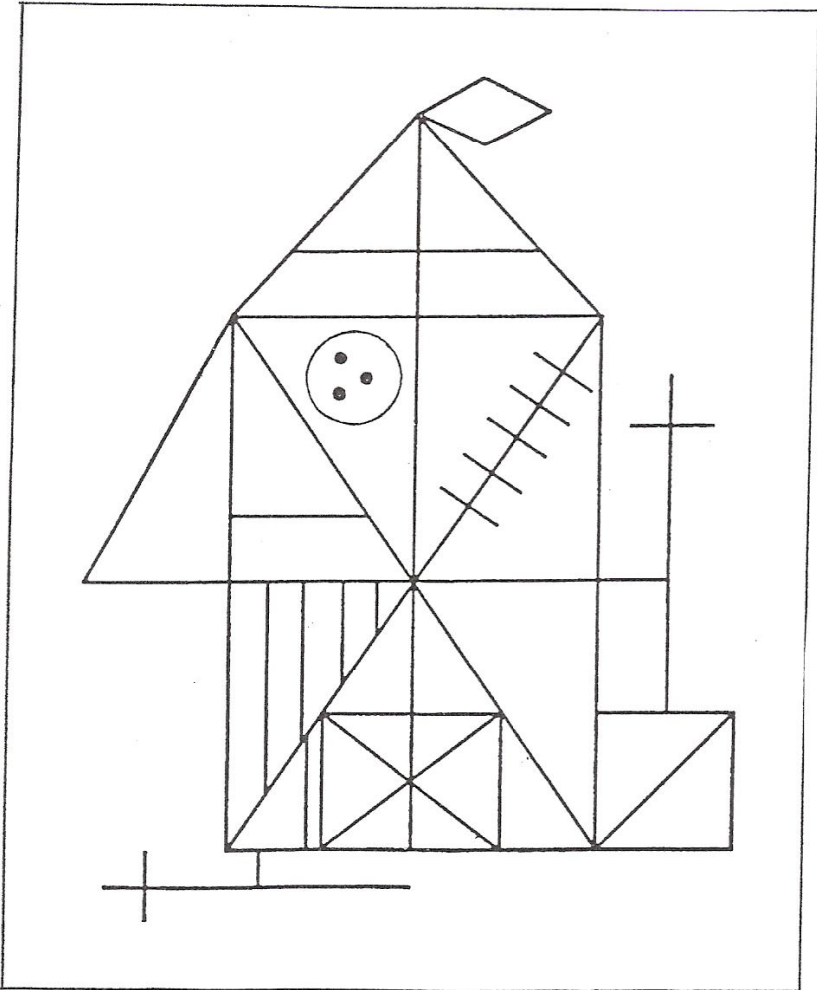
1	1	2	3	4	5	6	7	29	1	2	3	4	5	6	7	57	1	2	3	4	5	6	7
2	1	2	3	4	5	6	7	30	1	2	3	4	5	6	7	58	1	2	3	4	5	6	7
3	1	2	3	4	5	6	7	31	1	2	3	4	5	6	7	59	1	2	3	4	5	6	7
4	1	2	3	4	5	6	7	32	1	2	3	4	5	6	7	60	1	2	3	4	5	6	7
5	1	2	3	4	5	6	7	33	1	2	3	4	5	6	7	61	1	2	3	4	5	6	7
6	1	2	3	4	5	6	7	34	1	2	3	4	5	6	7	62	1	2	3	4	5	6	7
7	1	2	3	4	5	6	7	35	1	2	3	4	5	6	7	63	1	2	3	4	5	6	7
8	1	2	3	4	5	6	7	36	1	2	3	4	5	6	7	64	1	2	3	4	5	6	7
9	1	2	3	4	5	6	7	37	1	2	3	4	5	6	7	65	1	2	3	4	5	6	7
10	1	2	3	4	5	6	7	38	1	2	3	4	5	6	7	66	1	2	3	4	5	6	7
11	1	2	3	4	5	6	7	39	1	2	3	4	5	6	7	67	1	2	3	4	5	6	7
12	1	2	3	4	5	6	7	40	1	2	3	4	5	6	7	68	1	2	3	4	5	6	7
13	1	2	3	4	5	6	7	41	1	2	3	4	5	6	7	69	1	2	3	4	5	6	7
14	1	2	3	4	5	6	7	42	1	2	3	4	5	6	7	70	1	2	3	4	5	6	7
15	1	2	3	4	5	6	7	43	1	2	3	4	5	6	7	71	1	2	3	4	5	6	7
16	1	2	3	4	5	6	7	44	1	2	3	4	5	6	7	72	1	2	3	4	5	6	7
17	1	2	3	4	5	6	7	45	1	2	3	4	5	6	7	73	1	2	3	4	5	6	7
18	1	2	3	4	5	6	7	46	1	2	3	4	5	6	7	74	1	2	3	4	5	6	7
19	1	2	3	4	5	6	7	47	1	2	3	4	5	6	7	75	1	2	3	4	5	6	7
20	1	2	3	4	5	6	7	48	1	2	3	4	5	6	7	76	1	2	3	4	5	6	7
21	1	2	3	4	5	6	7	49	1	2	3	4	5	6	7	77	1	2	3	4	5	6	7
22	1	2	3	4	5	6	7	50	1	2	3	4	5	6	7	78	1	2	3	4	5	6	7
23	1	2	3	4	5	6	7	51	1	2	3	4	5	6	7	79	1	2	3	4	5	6	7
24	1	2	3	4	5	6	7	52	1	2	3	4	5	6	7	80	1	2	3	4	5	6	7
25	1	2	3	4	5	6	7	53	1	2	3	4	5	6	7	81	1	2	3	4	5	6	7
26	1	2	3	4	5	6	7	54	1	2	3	4	5	6	7	82	1	2	3	4	5	6	7
27	1	2	3	4	5	6	7	55	1	2	3	4	5	6	7								
28	1	2	3	4	5	6	7	56	1	2	3	4	5	6	7								



© 2001
Casa do Psicólogo®
Livraria e Editora Ltda.

ANEXO 4

Figura Complejas de Rey



REY

TESTE DE CÓPIA E DE
REPRODUÇÃO DE MEMÓRIA DE
FIGURAS GEOMÉTRICAS COMPLEXAS

**FICHA DE
ANOTAÇÃO**

Figura
A

Data: _____

Sexo: _____ Escolaridade: _____

CRITÉRIOS DE PONTUAÇÃO

PONTOS	PRECISÃO	LOCALIZAÇÃO
2	Boa	Boa
1	Boa	Ruim
1	Ruim	Boa
0,5	Ruim, reconhecível	Ruim
0	Ruim, irreconhecível	Ruim

ELEMENTOS	CÓPIA	MEMÓRIA
1. Cruz exterior, angulo superior esquerdo		
2. Retângulo grande, armação da figura		
3. Cruz de Santo André formada pelas duas diagonais do retângulo grande		
4. Mediatriz horizontal do retângulo grande 2.		
5. Mediatriz vertical do retângulo grande 2.		
6. Retângulo pequeno em retângulo grande		
7. Segmento pequeno sobre o retângulo 6.		
8. 4 linhas paralelas no triângulo superior esquerdo.		
9. Triângulo retângulo sobre retângulo grande (à direita)		
10. Linha pequena perpendicular em quadrante superior direito		
11. Círculo com três pontos em quadrante superior direito		
12. 5 linhas pequenas paralelas em quadrante inferior direito		
13. Dois lados externos do triângulo isósceles da direita		
14. Losango pequeno no vértice extremo do triângulo 13		
15. Segmento vertical no interior do triângulo 13		
16. Prolongamento da mediatriz horizontal, altura do triângulo 13		
17. Cruz no extremo inferior do retângulo 2		
18. Quadrado e diagonal no extremo inferior esquerdo		

TOTAL		
PERCENTIL		
TEMPO (em minutos)		
PERCENTIL		

OBSERVAÇÕES:

ANEXO 5

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE DOUTORAMENTO**

Ilmo. Sr.

Dr. Pedro Rippel Salgado
MD Diretor do NHU/UFMS
Solicitação (faz)

Senhor Diretor:

Solicito vossa autorização para ter acesso aos prontuários e aos pacientes com sorologia positiva para HIV, cadastrados e em tratamento neste hospital conforme projeto de pesquisa anexo.

Esclareço que os dados obtidos neste projeto poderão fornecer melhores subsídios para os profissionais que tratam das pessoas com esta patologia.

Certo de ser atendido em meu pleito, sou,

Grato

ANEXO 6

**UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE DOUTORAMENTO**

Ilmo Sr.

MD. Diretor do Hospital Dia do NHU/UFMS
Solicitação (faz)

Senhor Diretor:

Solicito vossa autorização para ter acesso aos prontuários e aos pacientes com sorologia positiva para HIV, cadastrados e em tratamento neste nosocômio conforme projeto de pesquisa anexo.

Esclareço que os dados obtidos neste projeto poderão fornecer melhores subsídios para os profissionais que tratam das pessoas com esta patologia.

Certo de ser atendido em meu pleito sou,

grato

UNIVERSIDADE FEDERAL DE MATO GROSSO DO SUL
CENTRO DE CIÊNCIAS BIOLÓGICAS E DA SAÚDE
PROGRAMA DE DOUTORAMENTO

Ilmo. Sr.
Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha
MD Diretor do Hospital Dia do NHU_UFMS
Solicitação (faz)


Sr. Diretor:

Solicito vossa autorização para ter acesso aos prontuários e aos pacientes com sorologia positiva para HIV, cadastrados e em tratamento neste nosocômio conforme projeto de pesquisa anexo.

Esclareço que os dados obtidos neste projeto poderão fornecer melhores subsídios para os profissionais que tratam das pessoas com esta patologia.

Certo de ser atendido em meu pleito, sou,

grato


Juberly Antonio de Souza
Médico - Psiquiatra
CRM - 996-MS

De acordo
Rivaldo Venâncio da Cunha
03/06/05

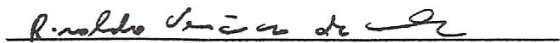
Campo Grande, 15 de junho de 2005

**Parecer da Comissão Científica para Avaliação de
Projetos de Pesquisa e Extensão
Departamento de Clínica Médica - CCBS/UFMS**

Projeto: "Fatores da Personalidade que Influenciam na Adesão ao Tratamento Anti-Retroviral de Pessoas Infectadas pelo HIV"

Professor Responsável: Prof. Juberty Antonio de Souza

Parecer: Tendo em vista tratar-se de Projeto de Pesquisa de grande relevância científica, objetivando conhecer aspectos relacionados sobre temática de importância para a saúde pública na atualidade, bem como por mostrar-se exequível e por obedecer os princípios éticos preconizados pelo Conselho Nacional de Saúde, opino favoravelmente à sua aprovação.


Prof. Dr. Rivaldo Venâncio da Cunha



Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
Comitê de Ética em Pesquisa /CEP/UFMS



Carta de Aprovação

A minha assinatura neste documento, atesta que o protocolo nº 529 do Pesquisador Juberty Antônio de Souza intitulado "Fatores da personalidade que influenciam na adesão ao tratamento anti-retroviral de pessoas com a síndrome da imunodeficiência adquirida (AIDS)" e o seu Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, foram revisados por este comitê e aprovados em reunião Extraordinária no dia 05 de julho de 2005, encontrando-se de acordo com as resoluções normativas do Ministério da Saúde.

Prof. Odair Pimentel Martins

Coordenador do Comitê de Ética em Pesquisa da UFMS

Campo Grande, 07 de julho de 2005.

Comitê de Ética da Universidade Federal de Mato Grosso do Sul
<http://www.propp.ufms.br/etica/cep/>
etica@propp.ufms.br
fone 0XX67 345-7187

UFMS



**RELATÓRIO DE DEFESA DE TESE
DOUTORADO**

Universidade de Brasília - UnB
Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação - DPP
Secretaria de Administração Acadêmica - SAA

1 - Identificação do Aluno

Nome Juberty Antonio de Souza		Matrícula 03/37871
Curso Ciências da Saúde		
Área de Concentração Doutorado Multiinstitucional em Ciências da Saúde	Código 7595	Departamento FS

2 - Sessão de Defesa de Tese

Título
Fatores da personalidade que influenciam na adesão ao tratamento da Aids.

3 - Comissão Examinadora

Nome	Função	Assinatura
Rivaldo Venâncio da Cunha (Doutor)	Membro Externo vinculado ao programa (Presidente) Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	<i>Rivaldo Venâncio da Cunha</i>
DENIO LIMA (Doutor)	Membro Interno não vinculado ao programa Faculdade de Medicina	
Anamaria Mello Panlago (Doutor)	Membro Externo não vinculado ao programa Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	<i>Anamaria Mello Panlago</i>
Michael Robin Honer (Doutor)	Membro Externo vinculado ao programa Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	<i>Michael Robin Honer</i>
Ricardo Dutra Aydos (Doutor)	Membro Externo vinculado ao programa Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	<i>Ricardo Dutra Aydos</i>
Izalas Pereira da Costa (Doutor)	Membro Externo vinculado ao programa (Suplente) Universidade Federal de Mato Grosso do Sul	

4 - Resultado

A Comissão Examinadora, em 28/11/2007 após exame da Defesa de Tese e arguição do candidato, decidiu:

Pela aprovação da Tese Pela revisão de forma, indicando o prazo de 30 dias para apresentação definitiva.
 Pela reprovação da Tese Pela reformulação da Tese, indicando o prazo de _____ para nova versão.

Preencher somente em caso de revisão de forma:

- O aluno apresentou a revisão de forma e a Tese foi aprovada.
- O aluno apresentou a revisão de forma e a Tese foi reprovada.
- O aluno não apresentou a revisão de forma.

Autenticação
Presidente da Comissão Examinadora

28/11/2007 *Rivaldo Venâncio da Cunha*
Data Assinatura/Carimbo

Autenticação
Coordenador do Curso

_____/____/____ _____
Data Assinatura/Carimbo

Ciente
Aluno

28/11/2007 *Juberty Antonio de Souza*
Data Assinatura/Aluno

Este relatório não é conclusivo e não tem efeitos legais sem a aprovação do Decanato de Pesquisa e Pós-graduação da Universidade de Brasília.

Aprovação do Decanato de Pesquisa e Pós-Graduação

Decisão:

Homologar

_____/____/____
Data

Universidade Federal de Mato Grosso do Sul

Assinatura do Decano

Confere com o original

28/11/2007

Lera Nascimento Silva
Mat. SIAPE 11450309
Secretária Curso Pós-Graduação em Ciências da Saúde



UNIVERSIDADE DE BRASÍLIA
Faculdade de Ciências da Saúde
Secretaria de Pós-Graduação em Ciências da Saúde
Campus Universitário Darcy Ribeiro – Asa Norte – Brasília- DF CEP: 70910-900
Fone: (61) 307-2268 FAX: (61) 307-3955 e-mail: spgfs@unb.br

PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM CIÊNCIAS DA SAÚDE

DECLARAÇÃO

Declaramos para os devidos fins que os Professores **Rivaldo Venâncio da Cunha (presidente), Anamaria Mello Miranda Paniago, Dênio Lima, Michael Robin Honer, Ricardo Dutra Aydos e Izaias Pereira da Costa (Suplente)** participaram da banca examinadora de defesa de Tese de Doutorado do aluno **Juberty Antonio de Souza**, matrícula **03/37871**, do Programa de Pós-Graduação em Ciências da Saúde, intitulada **“Fatores da personalidade que influenciam na adesão ao tratamento da Aids”**, realizada no dia 28 de novembro de 2007, na Universidade Federal de Mato Grosso do Sul.

Brasília, 28 de novembro de 2007.

Prof. Dr. Carlos Alberto Bezerra Tomaz
Coordenador do Programa de Pós-Graduação
em Ciências da Saúde - PGCS/FS/UnP