



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: UMA EXPLICAÇÃO  
PAUTADA NOS VALORES HUMANOS, NA POSITIVIDADE E NO *COPING***

**Tátilla Rayane de Sampaio Brito**

**JOÃO PESSOA**  
**MARÇO DE 2017**



**UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA**  
**CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES**  
**DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA**  
**PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL**  
**MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL**

**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: UMA EXPLICAÇÃO  
PAUTADA NOS VALORES HUMANOS, NA POSITIVIDADE E NO *COPING***

Dissertação apresentada ao Programa de Pós-graduação em Psicologia Social da Universidade Federal da Paraíba, por Tátilla Rayane de Sampaio Brito, sob a orientação do Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia, como requisito parcial para a obtenção do grau de Mestre em Psicologia Social.

**JOÃO PESSOA**

**MARÇO DE 2017**

**Catálogo na publicação**  
**Seção de Catalogação e Classificação**

B862a Brito, Tátilla Rayane de Sampaio.

ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: UMA EXPLICAÇÃO  
PAUTADA NOS VALORES HUMANOS, NA POSITIVIDADE E NO  
COPING / Tátilla Rayane de Sampaio Brito. - João Pessoa,  
2018.

158 f.

Orientação: Valdiney Veloso Gouveia.  
Dissertação (Mestrado) - UFPB/CCHLA.

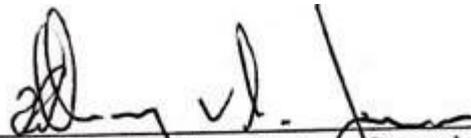
1. valores humanos. 2. características pessoais  
positivas. 3. adesão ao tratamento antirretroviral. I.  
Gouveia, Valdiney Veloso. II. Título.

UFPB/CCHLA

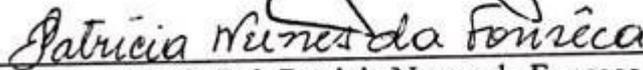
**ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: UMA EXPLICAÇÃO  
PAUTADA NOS VALORES HUMANOS, NA POSITIVIDADE E NO *COPING***

**Tátilla Rayane de Sampaio Brito**

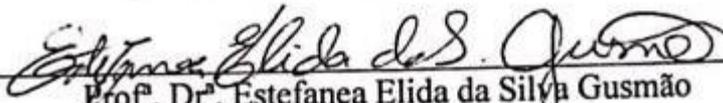
**BANCA AVALIADORA**



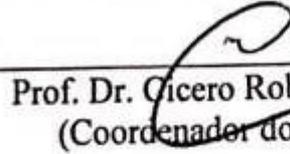
Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia



Prof. Dr. Patricia Nunes da Fonseca



Prof. Dr. Estefanea Elida da Silva Gusmão



Prof. Dr. Cicero Roberto Pereira  
(Coordenador do PPGPS-UFPB)

PPGPS-UFPB  
Programa de Pós-Graduação  
em Psicologia Social da  
Universidade Federal da Paraíba

*À minha família e a cada um dos 199 participantes desta pesquisa que a mim confiaram seu segredo mais precioso e que me ensinaram sobre a POSITIVIDADE da vida.*

“Dos meus olhos amarelos eu que sei  
Não há vergonha em tudo isso que sou  
Agora ainda há sonhos  
Nessa estrada eu vou pisar  
Tanta história que calaram  
Nesse velho armário novo eu não vou entrar  
Parcelado em dias de aflição  
Não me perguntaram se eu queria ir  
Só me apontaram a direção  
Do segredo, da vergonha e do medo de ser assim  
POSITIVO”.

Trecho da música “Olhos amarelos”.

Vinícius Silvino – SoroPOSITIVO

“Não é sobre chegar no topo do mundo  
e saber que venceu.  
É sobre escalar e sentir  
que o caminho te fortaleceu”.

Ana Vilela – Trem Bala

## AGRADECIMENTOS

A gratidão é uma palavra que designa uma das emoções mais sublimes. Quando a sentimos, inevitavelmente, experimentamos alegria, leveza e bem-estar. Só há gratidão na presença do outro, ela tem como condição *sine qua non* a alteridade, pois só se é grato, quando no passado ou no presente, compartilhamos a companhia de alguém. Aos encontros felizes que me proporcionaram crescimento, amadurecimento e florescimento, em especial:

A Deus por ter me concedido o dom da vida, por ser minha fortaleza e ânimo nos desafios enfrentados a cada dia. Por me permitir lutar por cada sonho que nasce em meu coração e por colocar anjos em meu caminho, que tornam as jornadas sempre mais belas e iluminadas. À minha mãezinha Maria, sempre presente, cuidadosa e amorosa. Obrigada por nunca ter me abandonado, por não deixar morrer em mim a doçura, a gentileza e o zelo.

Nos meus vinte e cinco anos de vida, muitos encontros me fizeram sentir grata, sobretudo, os primeiros, que se deram com as pessoas que me ensinaram a amar, a cuidar e a sentir-me especial. Aos meus pais sempre terei um sentimento mais intenso e forte quando se trata de gratidão, e a eles dedico essa conquista, construída nos últimos dois anos. A Raimundo e Torquata, que não apenas seguraram minha mão em cada linha escrita desta dissertação, mas que alimentaram meu coração de ânimo nos dias mais difíceis. Que são meus maiores fãs nos momentos de glória e que me impulsionaram a viver o sonho do mestrado, mesmo com o coração cheio de saudade da filha que partia. Agradeço também a minha versão masculina, meu irmão Thiago, o qual com sua chegada, me ensinou o valor do companheirismo, do altruísmo e com quem descobri que jamais estarei sozinha, pois sempre o terei a postos, para lutar comigo em qualquer situação. Nesta ocasião, estendo homenagens a minha amada avó Dasdores, que com suas orações, fé e carinho me atingia mesmo há quilômetros de distância e que me fazia sempre sentir seus afagos. A meus tios Felipa, Manoel e Francisco, por todo o apoio, incentivo, material e principalmente emocional. A

meus primos Jennifer e Filipe por preencherem minha vida de alegria e vitalidade. À minha amada e doce afilhada Helena, tão esperada, amada e marcante neste ciclo do mestrado. Sua chegada no dia de minha partida para João Pessoa, marcava uma nova fase de muita felicidade e realização em minha vida. À toda minha família, minha base, minha eterna gratidão, por cada abraço apertado de chegada e de partida, por toda a força e apoio na realização desse sonho.

À Psicologia, que tem me proporcionado as experiências mais incríveis, principalmente pelas pessoas que trouxe para minha vida. Dentre estas, destaca-se Andréa Nara, que me acolheu como filha, me possibilitando a dádiva reservada a poucos de possuir duas famílias na Terra. Obrigada a minha família 1.1 por todo o carinho, cuidado e aconchego. A minhas amadas e eternas amigas Katrine Carvalho e Olindina Fernandes que não deixaram a distância diminuir a intensidade do sentimento que construímos. Aos meus eternos mestres que me ajudaram a dar os primeiros passos no campo da ciência psicológica, em especial, professora Carla Fernanda, que se tornou uma amiga preciosa; ao professor Emerson Diógenes, por despertar meu encanto pela área quantitativa, pela beleza da ciência, por acreditar e confiar em mim ao apoiar e incentivar minha decisão de seguir carreira acadêmica; À professora/mestre/eterna orientadora Estefânea Gusmão, por ter sido uma mãe, paciente, cuidadosa e amável ao transmitir conhecimento e educar, por segurar minha mão e acreditar em meu potencial quando nem eu acreditava.

Ao meu orientador de mestrado, professor Valdiney, dentre os tantos motivos de agradecimento, gostaria de destacar minha gratidão ao empenho e sensibilidade que teve em momentos decisivos, importantes e difíceis pelos quais passei. Sobretudo, toda a colaboração que dispôs ao me auxiliar na realização de um dos meus maiores sonhos. Obrigada por todo o tempo que o senhor dedicou a mim, todos os ensinamentos, questionamentos e contribuições ao meu crescimento profissional.

A Renan Pereira e Bruna Nascimento que me acolheram, aconchegaram, orientaram e que conduziram meus primeiros passos em João Pessoa. Sou muito grata pela preciosa amizade que construímos. O que compartilhamos vai muito além de um simples espaço físico, mas perpassa sonhos, medos, dificuldades, aprendizados e um sentimento verdadeiro que levarei sempre em meu coração cada vez que lembrar ou reencontrar cada um de vocês.

À minha marida Flávia Marcelly, que foi um grande presente do mestrado! Descobrir a preciosidade que é o seu coração foi uma dádiva! Passamos por muitas adversidades e foram nesses momentos que descobri o valor de ter você por perto! Obrigada por não me deixar desistir quando as coisas ficaram difíceis, por ter sido tão leal e carinhosa em todos os momentos, e principalmente, por me proporcionar a delícia que é poder chamar você de amiga, ou melhor, de irmã! Que nossa amizade floresça a cada dia, e que esse companheirismo sempre se faça presente!

À Maria Gabriela, minha querida Gabi. Pessoa com a maior luz interior que já conheci. Sempre com um sorriso no rosto, contagiando e iluminando quem está por perto. Seu abraço tão confortante me fazia sentir em casa, era como se a Paraíba inteira me tivesse nos braços. Obrigada por ter me escolhido como uma amiga, por ter se doado por completo na coleta de dados desta pesquisa, às cinco da manhã, diariamente na parada de ônibus a me esperar, sem reclamações, apenas com os olhos brilhando, contemplando o nascer do sol e as oportunidades de um novo dia. Definitivamente, com você, dentre tantos outros sentimentos, eu experimentei muita gratidão. Me faltam palavras para agradecer a você, e sendo assim, além da minha gratidão, ofereço eternamente minha admiração, amizade, carinho, respeito e amor. Essa dissertação também é sua, pois sem você eu jamais teria conseguido. Obrigada filhinha.

A Alessandro Teixeira, um amigo que hoje posso chamar de irmão. Minha inspiração de compromisso, dedicação e excelência em tudo o que se propõe a fazer. Dono de um dos

corações mais bonitos que já tive a oportunidade de ver de perto. Altruísmo é a palavra que melhor descreve você meu amigo. Juntamente com Gabi, você foi meus braços e pernas na realização da coleta exaustiva deste trabalho. Obrigada por abdicar de todas as suas obrigações para visitar a integração de João Pessoa às cinco da manhã, com direito a ônibus superlotado, chuva, perigo de assalto, poluição sonora e tantas outras adversidades para estar ao meu lado. Esse é apenas um exemplo dos grandes feitos que você realizou por mim desde que nos conhecemos, pois se fosse relatar todos, iria tomar 200 páginas. Serei sempre grata e amiga a você, muito obrigada por tudo!

À Nájila Bianca – Bia, amiga querida que levarei por toda a vida, com quem consigo a tranquilidade e alegria necessárias em momentos difíceis. Obrigada por sua parceria, por todas as orações, cuidados, comidinhas e afetos positivos.

A Alex Moura, por todas as vezes que disse sim quando pedi ajuda em assuntos estatísticos, teóricos, metodológicos, logísticos e em qualquer situação de desespero. Hoje posso chamar você de amigo, e até mesmo de irmão. Obrigada por compartilhar tantos conhecimentos e principalmente por todo o suporte em momentos tão importantes. Serei sempre grata a você.

Aos amigos do Piauí, Ricardo, Dinara, Bruna e Filipe, pelos momentos compartilhados e pela ajuda sempre oferecida.

Ao BNCS, meu núcleo de pesquisa querido. Em especial às relações lá estabelecidas. À Ana Karla Soares, por ter sido um anjo, sempre disponível, acolhedora, empática e dona de um coração tão grande quanto sua inteligência e capacidade. À Hysla Moura, pessoa determinada, verdadeira e que inspira quanto à busca e realização de sonhos. À Rebecca Athayde por ter me acolhido em João Pessoa, pessoa doce, solidária, amorosa, e que com sua presença possibilita a reaproximação com Deus. Obrigada por tudo Becca! Você é como alguém que já conheço desde criança! Conte sempre comigo! A Roosevelt Vilar e Rafaella

Araújo, casal que muito admiro e que tenho grande simpatia, obrigada por serem tão solícitos, e por me fazerem acreditar que até os maiores sonhos podem ser realizados quando se tem parcerias recíprocas, determinação e persistência. A Tailson por sempre me transmitir tranquilidade, até nos momentos mais improváveis. A Thiago Cavalcanti (Fofó), pessoa de determinação, capacidade e inteligência admiráveis, a quem hoje posso sem dúvidas chamar de amigo, e por quem sempre terei respeito, admiração e carinho. À Maria Aparecida Trindade, pelos momentos de interação e alegria compartilhados. A Layrthton Santos por todos os cafés, caronas e momentos de descontração. À Larisse Barbosa pela alegria contagiante e por todas as oportunidades preciosas que me ofereceu, obrigada por tudo! À Karen Guedes, pessoa elegante, de coração tão doce que transborda em todas as suas expressões, obrigada por tudo, principalmente por me permitir construir uma amizade tão bonita e sincera. Tenho muita admiração e carinho por você! À Isabel Cristina – Princesa, sempre animando o ambiente e oferecendo abraços e sorrisos cheios de carinho. Quero um dia poder ser alguém com um pouquinho da gigante capacidade que você tem! A Anderson Nascimento por todos os conhecimentos compartilhados e pela paciência para me ajudar com as análises estatísticas e demais questões eletrônicas. À Ana Isabel por todos os cuidados, momentos de interação e por sempre me motivar mesmo em momentos difíceis. À Camila Figueiredo, menina doce, amável, de coração tão grande quanto sua capacidade e inteligência. Obrigada minha querida, por ter segurado minha mão quando mais precisei e por ter sido um suporte fundamental na realização desse trabalho. À Bárbara Cunha, presente que ganhei em forma de amizade. Sempre alegre, disponível e solidária. Minha sincera gratidão por tudo, por sua ajuda incondicional em todos os momentos em que precisei. A Ítalo Guedes, pelos momentos de interação, pelos auxílios eletrônicos e por sempre ser solidário e gentil. À Paulinha Aquino, por todas as caronas para o hospital, pela alegria contagiante e por todo o carinho. À Nicole Ventura, pela ternura com que sempre me tratava, pelos momentos

de descontração e pela confiança em mim depositada, saiba que sempre poderá contar comigo.

Ao expresso 003 – Jaguaribe que nos transportou durante os 8 meses de coleta de dados para o Hospital.

Aos 199 participantes desta pesquisa, que me permitiram mudar em muitos aspectos a maneira com a qual eu enxergava a vida. Obrigada por depositarem tanta confiança e por compartilharem o que de mais precioso e íntimo vocês possuíam: sua identidade soropositiva. Aprendi muito com cada um. Foram muitas histórias que a cada dia me faziam voltar para casa com a cabeça borbulhando, sentindo angústias, medos, dúvidas e principalmente a necessidade de me desafiar a ser alguém melhor. Eu jamais poderei contribuir à altura do que esta experiência proporcionou em termos de amadurecimento, crescimento e fortalecimento de potencialidades em mim.

Ao anjo Israel, o grande protagonista da realização da coleta. Mais uma vez, não tenho palavras para expressar minha gratidão diante de um dos seres humanos mais incríveis que já conheci. O senhor não apenas abriu as portas do hospital e trouxe cada paciente pela mão para a realização das coletas, mas me ensinou que podemos realizar grandes e decisivas diferenças na vida das pessoas, apenas com pequenos, mas preciosos gestos de altruísmo, respeito, carinho, cuidado e empatia. Eu sei que jamais chegarei perto do que o senhor é, mas uma das muitas lições que pude aprender com sua companhia e que levarei para toda a vida é que “Eu posso sempre fazer mais alguma coisa por alguém que a vida por algum motivo aproxima de mim”. Obrigada por tudo! Sem o senhor esta pesquisa não teria acontecido, e mesmo se tivesse, jamais teria o mesmo impacto e a mesma importância afetiva.

À toda a equipe do hospital em que foi realizada a coleta, em especial às recepcionistas, enfermeiras e médicos do setor de infectologia, que não se negaram a colaborar com a realização da coleta. Sobretudo, ao Dr. Ricardo Henrique, a quem tenho

eterna gratidão, admiração e respeito. Obrigada por tudo, por todas as conversas e por me inspirar enquanto profissional sensível às dores e angústias do outro. Parabéns pelo grande ser humano e médico que é.

A meu namorado, amigo e companheiro de vida, Gabriel Fernandes Caetano. Aquele que abdicou dos sonhos e planos para estar ao meu lado construindo novos. Que esteve dia após dia ao meu lado, tornando todos os desafios muito mais leves. Obrigada por tudo! Te amo muito!

À banca avaliadora, professora Dra. Patrícia Nunes da Fonsêca e professora Dra. Estefânea Élide da Silva Gusmão pela disponibilidade e pelas valiosas contribuições que oferecerão a este trabalho.

À Coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal de Nível Superior (CAPES) pela bolsa concedida, a qual custeou minha estadia em João Pessoa e proporcionou dedicação exclusiva ao mestrado.

## **ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL: UMA EXPLICAÇÃO PAUTADA NOS VALORES HUMANOS, NA POSITIVIDADE E NO *COPING***

**Resumo.** Este estudo teve por objetivo geral analisar se os valores humanos, a positividade e o  *coping*  predizem a adesão ao tratamento antirretroviral. Em específico, buscou conhecer a relação entre estas variáveis; e propor um modelo teórico da adesão ao tratamento antirretroviral. Para tanto, contou-se com uma amostra de 199 pacientes que vivem com HIV/AIDS, com idade média de 41 anos, variando entre 18 e 73 ( $DP = 10,98$ ), em sua maioria homens (55,3%), solteiros (51,8%), heterossexuais (80,9%), com escolaridade fundamental (44,7%), que não estavam trabalhando (62,3%) e de classe média (44,7%). Todos estavam em tratamento antirretroviral em um hospital de doenças infectocontagiosas de uma capital nordestina. Após aprovação de um Comitê de Ética em Pesquisa, os participantes responderam o Questionário dos Valores Básicos, a Escala de Positividade, o *Brief COPE*, a Escala de Adesão ao Tratamento – CEAT – VIH, o questionário de evolução da infecção por HIV e um questionário sociodemográfico. Os dados foram analisados utilizando os programas estatísticos PASW e AMOS (ambos em sua versão 18). Com o primeiro, realizaram-se estatísticas descritivas, teste *t* e análise de variância para comparação de grupos, análise de correlação *r* de Pearson e análise de regressão. Com o segundo, realizou-se uma análise de caminhos, estabelecendo como variáveis explicadoras as subfunções valorativas normativa e interativa, a positividade, as dimensões do  *coping*  positivo e suporte, e como variável critério a adesão ao tratamento antirretroviral. Os resultados indicaram que as subfunções valorativas normativa, interativa e existência relacionaram-se positivamente com a adesão ao tratamento antirretroviral. Esta variável também teve relacionamento positivo com a positividade, o  *coping*  positivo, o  *coping*  suporte, enquanto que o fez de maneira negativa com o  *coping*  negativo. Adicionalmente, construiu-se um modelo explicativo da adesão ao tratamento antirretroviral, tomando-se os valores sociais, a positividade e as dimensões do  *coping*  positivo e suporte, o qual se ajustou aos dados. Assim sendo, confia-se ter contribuído para a compreensão da temática, ampliando o entendimento sobre o fenômeno da adesão ao tratamento antirretroviral a partir do papel dos valores humanos e das características pessoais positivas.

**Palavras-chave:** valores humanos; características pessoais positivas; adesão ao tratamento antirretroviral.

## **ADHERENCE TO ANTIRETROVIRAL TREATMENT: AN EXPLANATION BASED ON HUMAN VALUES, POSITIVITY AND COPING**

**Abstract.** The objective of this study was to analyze whether human values, positivity and coping predict adherence to antiretroviral treatment. Specifically, it sought to know the relationship between these variables; and propose a theoretical model of adherence to antiretroviral treatment. A sample of 199 patients living with HIV / AIDS, with a mean age of 41 years, ranging from 18 to 73 (SD = 10.98), mostly men (55.3%), (51.8%), heterosexuals (80.9%), with fundamental education (44.7%), who were not working (62.3%) and middle class (44.7%). All were on antiretroviral treatment in a hospital of infectious diseases of a northeastern capital. After the approval of a Research Ethics Committee, the participants answered the Basic Values Questionnaire, Positivity Scale, COPE Brief, CEAT - HIV Treatment Accession Scale, HIV infection evolution questionnaire and a questionnaire sociodemographic. The data were analyzed using the statistical programs PASW and AMOS (both in its version 18). With the former, descriptive statistics, t-test and analysis of variance for group comparison, Pearson's correlation analysis and regression analysis were performed. With the second, a path analysis was performed, establishing normative and interactive evaluative sub-functions, positivity, positive coping and support dimensions, and as a criterion variable adherence to antiretroviral treatment. The results indicated that the normative, interactive and existence value sub-functions were positively related to adherence to antiretroviral treatment. This variable also had a positive relationship with positivity, positive coping, coping support, while negative coping with negative coping. Additionally, an explanatory model was developed for adherence to antiretroviral treatment, taking into account social values, positivity and dimensions of positive coping and support, which was adjusted to the data. Thus, it is hoped to have contributed to the understanding of the subject, broadening the understanding about the phenomenon of adherence to antiretroviral treatment based on the role of human values and positive personal characteristics.

**Keywords:** human values; personal positive characteristics; adherence to antiretroviral treatment.

## **ADHESIÓN AL TRATAMIENTO ANTIRRETROVIRAL: UNA EXPLICACIÓN GUIADA POR LOS VALORES HUMANOS, LA POSITIVIDAD Y EL *COPING***

**Resumen.** Este estudio tuvo por objetivo general analizar si los valores humanos, la positividad y el coping predice la adhesión al tratamiento antirretroviral. En concreto, buscó conocer la relación entre estas variables; y proponer un modelo teórico de la adhesión al tratamiento antirretroviral. Para ello, se contó con una muestra de 199 pacientes que viven con VIH / SIDA, con edad media de 41 años, variando entre 18 y 73 (DP = 10,98), en su mayoría hombres (55,3%), (51,8%), heterosexuales (80,9%), con escolaridad fundamental (44,7%), que no estaban trabajando (62,3%) y de clase media (44,7%). Todos estaban en tratamiento antirretroviral en un hospital de enfermedades infectocontagiosas de una capital nordestina. Después de la aprobación de un Comité de Ética en Investigación, los participantes respondieron el Cuestionario de los Valores Básicos, la Escala de Positividad, el Brief COPE, la Escala de Adhesión al Tratamiento - CEAT - VIH, el cuestionario de evolución de la infección por VIH y un cuestionario sociodemográfico. Los datos fueron analizados utilizando los programas estadísticos PASW y AMOS (ambos en su versión 18). Con el primero, se realizaron estadísticas descriptivas, prueba t y análisis de varianza para comparación de grupos, análisis de correlación r de Pearson y análisis de regresión. Con el segundo, se realizó un análisis de caminos, estableciendo como variables explicadoras las subfunciones valorativas normativa e interactiva, la positividad, las dimensiones del coping positivo y soporte, y como variable criterio la adhesión al tratamiento antirretroviral. Los resultados indicaron que las subfunciones valorativas normativa, interactiva y existencia se relacionaron positivamente con la adhesión al tratamiento antirretroviral. Esta variable también tuvo relación positiva con la positividad, el coping positivo, el coping soporte, mientras que lo hizo de manera negativa con el coping negativo. Adicionalmente, se construyó un modelo explicativo de la adhesión al tratamiento antirretroviral, tomando los valores sociales, la positividad y las dimensiones del coping positivo y soporte, el cual se ajustó a los datos. Por lo tanto, se confía haber contribuido a la comprensión de la temática, ampliando el entendimiento sobre el fenómeno de la adhesión al tratamiento antirretroviral a partir del papel de los valores humanos y de las características personales positivas.

**Palabras clave:** valores humanos; características personales positivas; adhesión al tratamiento antirretroviral.

## SUMÁRIO

<b>INTRODUÇÃO.....</b>	<b>21</b>
<b>PARTE I – MARCO TEÓRICO .....</b>	<b>27</b>
<b>CAPÍTULO 1. HIV/AIDS E ADESÃO AO TRATAMENTO.....</b>	<b>28</b>
1.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS .....	29
1.2 Breve histórico do HIV/Aids: do global ao local.....	31
1.3 Aspectos epidemiológicos HIV/AIDS .....	36
1.4 Tratamento Antirretroviral.....	39
1.5 Adesão ao tratamento antirretroviral.....	41
1.5.1 Avaliação da adesão ao tratamento .....	42
1.5.2 Correlatos da adesão ao tratamento .....	45
<b>CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS POSITIVAS.....</b>	<b>51</b>
2.1 Psicologia Positiva – Breve histórico e visão geral .....	52
2.2 Coping.....	55
2.2.1 Estudos sobre enfrentamento em pessoas com HIV/AIDS.....	58
2.3 Positividade.....	63
<b>CAPÍTULO 3. ORIENTAÇÕES AXIOLÓGICAS .....</b>	<b>69</b>
3.1. Breve histórico dos Valores Humanos.....	70
3.2 Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: Pressupostos teóricos e Conceituais .....	72
3.3 Funções dos Valores .....	75
3.4 Subfunções Valorativas .....	76
3.4.1.Hipótese de Conteúdo e Congruência dos valores.....	80
3.5 Valores Humanos e Psicologia Positiva .....	81
<b>PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO.....</b>	<b>85</b>
<b>CAPÍTULO 4. O PAPEL DOS VALORES HUMANOS, DA POSITIVIDADE E DO COPING SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL .....</b>	<b>86</b>
<b>4.1 Método .....</b>	<b>87</b>
4.1.1 Delineamento e hipóteses .....	87
4.1.2 Participantes.....	89
4.1.3 Instrumentos.....	90
4.1.4 Procedimento .....	92
4.1.5 Análise de dados .....	92
<b>4.2 Resultados.....</b>	<b>94</b>
4.2.1 Estrutura fatorial do Coping .....	94
4.2.2 Papel de variáveis sociodemográficas na adesão ao tratamento ARV. ....	99
4.2.3 Correlatos dos valores sobre a adesão ao tratamento .....	100
<b>CAPÍTULO 5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>104</b>
5.1 Papel de variáveis sociodemográficas e clínicas .....	105
5.2 Correlatos valorativos da adesão ao tratamento antirretroviral .....	107
5.3 Contribuições das características pessoais positivas à adesão ao tratamento antirretroviral .....	110
5.4 Modelo teórico explicativo da adesão ao tratamento antirretroviral .....	112
5.5 Principais achados.....	115

5.6 Limitações.....	116
5.7 Direções futuras e conclusões.....	117
<b>REFERÊNCIAS.....</b>	<b>119</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>148</b>
ANEXO 01 - ESCALA DE ADESÃO AO TRATAMENTO ARV .....	149
ANEXO 02 - QUESTIONÁRIO DOS VALORES BÁSICOS – QVB.....	151
ANEXO 03 – <i>BRIEF COPE SCALE</i> (ESCALA BREVE DE <i>COPING</i> ).....	152
ANEXO 04 – ESCALA DE POSITIVIDADE.....	153
ANEXO 05 – QUESTIONÁRIO SOBRE A EVOLUÇÃO DA INFECÇÃO POR HIV .....	154
ANEXO 06 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO .....	155
ANEXO 07 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO .....	156
ANEXO 08 – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO.....	157
ANEXO 09 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA .....	158

## LISTA DE TABELAS

<b>Tabela 01.</b> Matrizes de correlação entre os 14 tipos de <i>Coping</i> .....	96
<b>Tabela 02.</b> Cargas Fatoriais dos 3 Fatores de <i>Coping</i> .....	99
<b>Tabela 03.</b> Matrizes de correlação entre a adesão e as subfunções valorativas.....	100
<b>Tabela 04.</b> Matrizes de correlação entre a adesão ao tratamento, os tipos de <i>coping</i> e a positividade.....	101

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 01.</b> Linha do Tempo da história do HIV/Aids.....	35
<b>Figura 02.</b> Funções, subfunções e valores específicos.....	77
<b>Figura 03.</b> Congruência das subfunções dos valores básicos.....	80
<b>Figura 04.</b> Gráfico de sedimentação, <i>Scree Plot</i> .....	97
<b>Figura 05.</b> Modelo teórico para explicação da adesão ao TARV .....	103



No contexto das adversidades, destaca-se no cenário mundial um fenômeno que atinge parcelas cada vez maiores de pessoas. No início dos anos 1980 identificavam-se os primeiros casos da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) e após três décadas da descoberta do Vírus da Imunodeficiência Humana (HIV), ainda há muitos desafios no intento de compreender as várias dimensões suscitadas por essa doença (Polejack & Seidl, 2010).

De acordo com o Ministério da Saúde (2016), a AIDS é uma patologia causada pelo vírus HIV e corresponde ao estágio mais avançado da infecção que ataca o sistema imunológico, deixando o organismo vulnerável a outras infecções. Em decorrência dos avanços nas pesquisas e possibilidades de tratamento, a AIDS hoje é considerada uma doença crônica, e não é mais sinônimo de morte imediata como anteriormente. As pessoas diagnosticadas possuem um considerável aumento da qualidade de vida, o que repercute em novos desafios para compreensão e enfrentamento da doença. Nessa perspectiva, a adesão ao Tratamento Antirretroviral, (TARV), principal garantia de aumento da expectativa de vida, vem sendo priorizada nas políticas públicas de países como o Brasil (Lorscheider, Geronimo, & Colacite, 2012). No entanto, de acordo com o Ministério da Saúde (2016) a mortalidade causada pela não adesão ainda é um grave problema, pois milhares de pessoas perdem a vida por ano no Brasil em decorrência da Aids. Este contexto justifica a necessidade de estudos que contribuam para conhecer o que explica a adesão ao tratamento, em termos de características pessoais e sociais que perpassam esta temática.

Em definição, a adesão ao TARV refere-se à tomada efetiva de medicação Antirretroviral (ARV) de acordo com o que foi prescrito pelo profissional de saúde. Entretanto, a adesão ao TARV possui delicada aceitação dos pacientes em decorrência de aspectos como o tempo indefinido de duração, sendo ainda mais dificultada quando estão presentes fatores como o isolamento social, o estresse, o preconceito, a falta de informação e a falta de apoio afetivo e social (Bonolo, Gomes, & Guimarães, 2007; Colombrini, Lopes, &

Figueiredo, 2006). Ademais, o nível de adesão em tratamentos de doenças crônicas sofre influência de alguns fatores que envolvem aspectos pessoais e sociais que interferem na maneira como os pacientes seguem a prescrição médica (Carvalho, Morais, Koller, & Piccinini, 2007). Dentre estes fatores que podem contribuir para uma melhor adesão têm-se o papel de disposições positivas, como o *Coping* (Moos, 2013) e a Positividade (Caprara & Steca, 2005; Scheier & Carver, 1993), uma vez que há evidências anteriores de sua relação com adesão ao tratamento em doenças crônicas (Silva et al., 2016), como por explicarem, de modo mais amplo, o ajuste e a realização dos indivíduos (Caprara, Fratte, & Steca, 2002; Caprara, Steca, Alessandri, Abela, & McWhinnie 2010).

No que diz respeito ao *coping*/enfrentamento, encontra-se na literatura que o Modelo Interativo do Estresse tem ganhado destaque ao abordar este construto. Tal modelo compreende o enfrentamento como “esforços cognitivos e comportamentais voltados para ao manejo de exigências ou demandas internas e externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais” (Folkman, Lazarus, Gruen, & Longis, 1986, p.572). O objetivo dos estudos que utilizam esta variável em contexto de saúde estão voltados para o conhecimento de possibilidades capazes de potencializar a capacidade dos pacientes e familiares frente aos estressores inerentes ao processo de adoecimento (Auerbach, 1989), baseando-se no fortalecimento das habilidades a nível individual, mas que considerem todos os fatores internos e externos que perpassam a doença (Chaves, Cade, Montovani, Leite, & Spire, 2000)

A positividade também abordada como “pensamento positivo” (Caprara & Steca, 2005; Scheier & Carver, 1993) ou “orientação positiva” (Caprara et al., 2012a; 2012b), está relacionada à disposição geral que um indivíduo tem para avaliar positivamente os diversos aspectos e situações da vida (Diener, Scollon, Oishi, Dzokoto, & Suh, 2000). Alguns autores partem da perspectiva teórica de que a positividade diz respeito à uma dimensão latente, uma disposição de base que encontra-se no núcleo da autoestima, da satisfação com a vida e do

otimismo (Caprara et al., 2010; Caprara et al., 2012b). Nessa direção, a positividade é entendida como um modo geral de avaliar, visualizar e interpretar que afeta significativamente a maneira como os indivíduos predispõem-se à ações e experiências.

Em termos de definição do construto, ela pode ser conceituada como um traço latente que explica as variações e a estabilidade em relação aos níveis de autoestima, satisfação com a vida, otimismo e esperança, mesmo considerando as mudanças que ocorrem no ambiente (Caprara et al., 2012a; 2012b; Caprara & Steca, 2005; 2006; Caprara et al., 2010). Sabe-se, portanto, que a positividade exerce influência sobre o comportamento e as respostas frente a acontecimentos estressores, assim como sobre as crenças que os indivíduos possuem acerca do futuro (Fredrickson, 2009; Scheier & Carver, 1993).

Embora seja consensual entre os autores a forte presença de associação da não-adesão com variáveis sociais, como o estigma e a discriminação (Alonzo & Reynolds, 1995; Berger, Ferrans, & Lashley, 2001; Earnshaw, Smith, Chaudoir, Amico, & Copenhaver, 2013; Parker & Aggleton, 2003), observou-se que a maior parte dos estudos sobre adesão ao tratamento antirretroviral estão centrados nas áreas de saúde (e.g. periódicos da área de enfermagem, medicina e nutrição). O que pode ser confirmado ao se realizar uma busca em bases de dados eminentemente psicológicas (e.g., *PsycINFO*) e de ênfase mais médica (e.g., Pubmed) com os descritores “*adherence*” “*antiretroviral*” e “*treatment*” sem determinar o ano das publicações. No primeiro caso, o número de publicações encontrado é inferior a 70, enquanto que no segundo o número de trabalhos ultrapassa 5 mil.

Neste sentido, evidencia-se a relevância de utilizar dos conhecimentos da psicologia social para compreender o fenômeno da adesão ao tratamento antirretroviral. Para tanto, considerou-se o estudo das orientações axiológicas dos indivíduos, uma vez que elas possuem função importante em guiar comportamentos e orientar ações. Tendo destaque o papel dos valores humanos, visto que, a cada dia, ganham espaço ao auxiliarem na explicação de

comportamentos, atitudes e preferências (Pakizeh, Gebauer, & Maio, 2007). Apesar de existirem diversos modelos teóricos sobre os valores (e.g., Rokeach, Schwartz, Inglehart), nesta ocasião, optou-se por um modelo teórico recente, desenvolvido aproximadamente nos últimos 15 anos, que se constitui como uma alternativa integradora, parcimoniosa e teoricamente fundamentada (Gouveia, 2003, 2013; Gouveia, Milfont, & Guerra, 2014a, 2014b), denominada Teoria Funcionalista dos Valores Humanos.

De acordo com a Teoria Funcionalista, os valores podem ser definidos como (1) critérios de orientação que guiam as ações humanas e (2) expressam cognitivamente suas necessidades básicas. Ademais, este modelo assume alguns pressupostos fundamentais, que compreendem o núcleo fundamental da teoria: natureza humana, princípios guias individuais, base motivacional, caráter terminal e condição perene (Gouveia, 2013).

Considerando que valores humanos têm sido um tema importante para a explicação de diversos fenômenos sociopsicológicos, como o bem estar subjetivo (Fonseca, Chaves, & Gouveia, 2006), o preconceito (Gouveia, Sousa Filho, Araújo, Guerra, & Sousa, 2006) e o altruísmo (Gouveia, Santos, Athayde, Souza & Gusmão, 2014), utilizou-se deste construto visando contribuir para o estudo da adesão ao tratamento em pessoas com HIV. De tal modo, surgiu o problema de pesquisa do presente trabalho: *Terão os valores humanos, a positividade e o coping influência na adesão ao tratamento antirretroviral?*

Na busca por responder esta questão, objetiva-se conhecer o papel preditivo dos valores humanos, da positividade e dos tipos de enfrentamento sobre a adesão ao TARV. Além de propor um modelo explicativo da adesão.

Neste interim, o presente trabalho estrutura-se em duas partes principais. A primeira diz respeito ao marco teórico, este compreendendo três capítulos. No capítulo I, intitulado HIV/AIDS e Adesão ao Tratamento, apresentam-se informações sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, caracterizando-a de modo geral, além de traçar um

panorama das estatísticas descritivas dos casos diagnosticados de AIDS no Brasil e o paralelo médico social que perpassa a patologia. Finaliza abordando o sobre os avanços no tratamento, com destaque para a terapia antirretroviral, identificando alguns achados anteriores que expõem sobre fatores associados à adesão antirretroviral e como a mesma é avaliada na maioria das pesquisas.

O segundo capítulo aborda brevemente sobre a área da Psicologia Positiva em que situam-se os dois construtos abordados neste capítulo, o qual é intitulado de Características Pessoais Positivas. Em específico se expõe sobre o *Coping* e a Positividade, apresentando os principais conceitos, estudos correlatos e medidas de cada construto.

No capítulo III, intitulado Orientações Axiológicas, é abordado em específico sobre uma teoria de valores: Teoria Funcionalista dos Valores Humanos, em que são abordados os principais pressupostos, definição, além de serem discutidas as principais funções dos valores, e por fim, discorre-se sobre as subfunções valorativas e a relevância do construto para a compreensão de fenômenos psicológicos.

A segunda parte deste trabalho constitui-se de caráter empírico, e compreende os resultados das análises que foram realizadas, a saber: estatísticas descritivas, comparação de grupos e análise de correlação  $r$  de Pearson. Além disso, também se realizou uma análise de caminhos, estabelecendo como variáveis explicadoras as subfunções valorativas (normativa e interativa), a positividade e as dimensões do *coping* e como variável critério a adesão ao tratamento antirretroviral.

Por fim, apresentam-se discussões teóricas sobre os achados desta investigação, finalizando com limitações do estudo e direções futuras.

**PARTE I – MARCO TEÓRICO**

**CAPÍTULO 1. HIV/AIDS E ADESÃO AO TRATAMENTO**

---

---

Este capítulo busca descrever a Adesão ao Tratamento em pessoas que vivem com HIV/AIDS. Para tal, compreende inicialmente informações sobre a Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS, características gerais da patologia e discorre sobre a infecção pelo HIV. Em seguida, expõe acerca do caráter social inerente à doença, além de traçar um panorama das estatísticas descritivas dos casos diagnosticados de AIDS no Brasil. Por fim, aborda sobre os avanços no tratamento, com destaque para a terapia antirretroviral, os correlatos da adesão antirretroviral e algumas medidas empregadas em sua mensuração.

### **1.1 Síndrome da Imunodeficiência Adquirida – AIDS**

Segundo o último relatório anual (2016) da UNAIDS – Programa Conjunto das Nações Unidas sobre HIV/AIDS, estima-se que nos dias atuais, 36,9 milhões de pessoas no mundo possuem o vírus HIV. Destas, apenas 54% tem conhecimento de sua condição e 734 mil pessoas correspondem ao número de casos em contexto brasileiro. De acordo com esta mesma fonte, até o ano de 2006, 25 milhões de pessoas perderam a vida em decorrência da AIDS, constituindo-se como a segunda doença infecciosa com maior número de vítimas na história mundial, ficando atrás apenas da tuberculose.

De acordo com o Ministério da Saúde do Brasil (2016), o HIV é uma sigla em inglês que refere-se ao vírus da imunodeficiência humana, o qual causa uma patologia denominada AIDS. O HIV é um retrovírus, ou seja, um RNA, classificado na subfamília dos *Lentiviridae*, apresenta algumas propriedades específicas, como um período de incubação prolongado antes do surgimento dos sintomas da doença, infecção das células do sangue e do sistema nervoso e supressão do sistema imune. O ataque deste vírus ao sistema imunológico humano, ocorre sobretudo, nas células de linfócitos T CD4+.

A grande pandemia causada pelo HIV ocorreu pelo fato de que, por ser um RNA, ele possui a capacidade de se reproduzir e disseminar por meio da transcriptase reversa –

processo em que uma enzima codifica o RNA viral em DNA e depois em proteína, em uma transcrição invertida, uma vez que normalmente o que ocorre em uma síntese proteica, ou em um processo de transcrição qualquer é o DNA ser copiado em RNA. A principal característica do HIV que o torna tão grave é o fato de o DNA gerado pelo vírus ser incorporado por outras células do organismo humano, em especial, pelas do sistema imunológico, ocasionando o processo de autodestruição e, conseqüentemente, extinguindo a proteção do corpo a organismos estranhos e ameaças. Dessa forma, em um estágio mais avançado, a Aids faz com que qualquer infecção normalmente considerada insignificante, possa ser fatal (UNAIDS, 2016).

Nota-se, então, que a Aids não é uma doença que mata seus portadores diretamente, mas retira a proteção imunológica do corpo de forma que ele perca a capacidade de se proteger. De tal modo, é possível diferenciar ainda HIV e AIDS, sendo o primeiro referente ao vírus, e o segundo à patologia causada por este primeiro (Rachid & Schechter, 2000). Tal entendimento leva à compreensão de que possuir HIV não é sinônimo de possuir AIDS, uma vez que há muitas pessoas soropositivas ao HIV que possuem uma vida saudável, com ausência de sintomas e que não desenvolvem a patologia. No entanto, estes indivíduos podem transmitir o vírus por meio de comportamentos como relações sexuais sem proteção (sem uso de preservativo), compartilhamento de seringas contaminadas, ou de forma vertical (quando a mãe transmite ao filho na gravidez e/ou amamentação). Entretanto, é válido destacar que esta última possibilidade de transmissão (vertical) já possui alternativas que impossibilitam o contágio, que correspondem a cuidados específicos tomados pela mãe durante a gravidez, e acompanhamento do bebê nos primeiros anos de vida (Barroso, Galvão, Cavalcante, & Freitas, 2016).

Além das características biológicas recém descritas, se faz importante discorrer sobre facetas sociais inerentes à Aids, sobretudo, pelo fato de que esta dimensão social acomete os

soropositivos ao HIV de preconceito e discriminação, o que constitui-se em um dos grandes desafios para o tratamento e diminuição dos casos. Estes aspectos são melhor descritos no tópico a seguir.

## **1.2 Breve histórico do HIV/Aids: do global ao local**

Embora não haja um consenso entre os pesquisadores quanto ao surgimento do HIV/Aids, há uma tendência teórica que assume o período entre as décadas de 1970 e 1980 como o marco dos primeiros casos diagnosticados, quando também a data em que o vírus foi isolado pela primeira vez nos Estados Unidos. Entretanto, algumas evidências devem ser consideradas, como os achados de Edward Hooper (1999), expoente sobre a temática, sobretudo, quanto aos debates que abordam a origem da patologia.

Este autor considera o ano de 1959 como o ponto de partida do HIV/Aids, fundamentando esta afirmação com os relatos e resultados de pesquisas científicas realizadas por um médico americano e outro belga na África Central. No período descrito, foram coletadas cerca de 1.800 amostras de sangue em oito grupos populacionais diferentes, passando por pacientes hospitalares, pigmeus da floresta de Ituri e alunos dos dois principais grupos étnicos regionais, Tutsi e Hutu. Parte destas amostras foram enviadas para o departamento de pesquisa de Motulsky na Universidade de Washington, em Seattle, entretanto, inicialmente as análises realizadas tinham outros objetivos, pois ainda não se falava em HIV/Aids.

Já em 1981, nos Estados Unidos (nas cidades de San Francisco, Los Angeles e New York) homossexuais foram diagnosticados com *Pneumonia Pneumocystis Carinii* e *Sarcoma de Kaposi*, doenças causadas por um retrovírus denominado vírus da imunodeficiência humana. Foi neste período que a Aids apresentava-se ao cenário mundial, pois ainda em 1981, com novos diagnósticos em homens, reconheceu-se que tratava-se de uma nova

patologia (Gallo & Montagnier, 2006). Este fenômeno recebeu os olhares dos médicos e pesquisadores da época, os quais destinaram esforços para compreender o quadro da doença.

Neste intento, foram realizados estudos genéticos adicionais sobre as amostras de sangue coletadas na África em 1959, nesta ocasião, com interesse de testar anticorpos contra o vírus que à época estava no centro das atenções médicas, o vírus da AIDS. No total das amostras, apenas uma foi positiva em todos os grupos. A partir desta constatação, Hooper, (1999) assume que o HIV poderia ter estado presente na África subsaariana antes mesmo da reconhecida epidemia da AIDS na América do Norte e na Europa em 1981.

Compreender a disseminação da Aids exige o conhecimento sobre os aspectos contextuais que estiveram presentes na construção dessa epidemia, sobretudo, no que diz respeito às formas de contaminação, e às representações associadas à transmissão (Herek & Glunt, 1988; Liamputtong, 2015; Valdiserri, 2002).

Os primeiros casos de pacientes sintomáticos de Aids, embora a patologia ainda não tivesse essa denominação, datam dos anos 1970 a 1980 na África. Neste período as pessoas acometidas eram adultas (entre 20 a 45 anos) e pertenciam a grupos específicos (homossexuais, haitianos, hemofílicos e usuários de drogas injetáveis, principalmente a heroína). Esta caracterização dos primeiros pacientes repercutiu em um forte preconceito sofrido por quem era diagnosticado com Aids desde então (Duesberg et al., 2011).

Ao tentar traçar uma linha do tempo sobre os acontecimentos ligados à AIDS, desde seu aparecimento na década de 1970, até os avanços mais recentes em termos de tratamento, é perceptível o entrelace entre aspectos médicos e sociais de maneira concomitante (Alonzo & Reynolds, 1995; Herek, 1999). Tal fato justifica-se, em grande parte, pela maneira como tratou-se da patologia em seus primeiros casos, em que a mesma era cercada por desconhecimentos, dúvidas e muitos tabus. As primeiras vítimas da doença e o modo como ela era transmitida favoreceu a emergência de concepções que iam desde o caráter biológico

até o moral (Lee, Kochman, & Sikkema, 2002). Adotar uma concepção ou outra, influenciava a maneira como se viam os indivíduos acometidos pela patologia, e sobretudo, tomar o aspecto moral como ênfase ao avaliar os casos de Aids, propiciava a expressão de muito preconceito frente às pessoas diagnosticadas (Parker & Aggleton, 2003).

Estas concepções associadas à incerteza por parte da ciência quanto à descrever a Aids, sua transmissão e o seu tratamento, favoreceram a hegemonia na sociedade da representação da doença como algo promíscuo, de fácil contágio, e que acarretava exclusão e isolamento das pessoas contaminadas. Tal posição, era ainda confirmada e legitimada por meios de comunicação que informavam sobre a AIDS como algo de extremo contágio e associavam à figura da pessoa soropositiva algo de sujo e negativo (Scherer, 2012).

No contexto brasileiro, observou-se que desde os primeiros diagnósticos de Aids na década de 1980, as questões sociais e morais também atingiam os enfermos. De modo que alguns (Spink, Medrado, Menegon, Lyra, & Lima, 2001) consideram que as informações sobre a doença chegaram antes dos primeiros casos, criando um clima de terror diante de qualquer suspeita de contaminação. Além disso, apenas a área de saúde médica era considerada responsável por estudar e contribuir à problemática. O que repercutiu nas políticas públicas voltadas ao HIV/AIDS que em grande parte, atendiam unicamente aos aspectos de tratamento dos fatores biológicos, como por exemplo, a distribuição de medicação para controle da epidemia e ações de prevenção com ênfase apenas na utilização de preservativos (Castilho & Chequer, 1997).

É possível distinguir três fases no processo de expansão da epidemia de Aids no Brasil, sendo (1) o primeiro com ênfase somente nas pessoas infectadas pelo vírus HIV, em que era constante a utilização da expressão “grupo de risco”, que dizia respeito à homens homossexuais com índice de escolaridade elevado, que residiam em grandes centros urbanos, além de hemofílicos, haitianos e profissionais do sexo (Brito, Castilho, & Szwarcwald, 2000;

Marques, 2003; Tosoli, Pinto, & Oliveira, 2011). Esta expressão contribuiu para a construção da identidade social e cultural da AIDS, a qual carregou-se de estereótipos e preconceitos para com todos os indivíduos que faziam parte dessa categoria (Barbará, Sachetti, & Crepaldi, 2005); (2) o segundo o momento compreendeu uma ampliação da visão sobre a AIDS, com foco na forma de exposição ao vírus, considerando, alargando a possibilidade de transmissão para as drogas injetáveis, além da única forma anteriormente enfatizada (relação sexual homossexual).

Neste segunda fase, observou-se um aumento no número de heterossexuais diagnosticados, maior incidência de casos em mulheres, e em indivíduos de nível escolar mais baixo, além da expansão da doença para cidades de médio e pequeno porte. A expressão “grupo de risco” foi substituída por “comportamento de risco”. Este novo conceito transferia ao indivíduo a culpa por contaminar-se, ao não prevenir-se ou proteger-se (Gomes, Silva, & Oliveira, 2011); (3) esta última fase compreende o período da atualidade e caracteriza-se pela compreensão de infecção global, em que se expande a possibilidade dos indivíduos infectarem-se pelo vírus HIV. Mais uma vez, substitui-se a expressão “comportamento de risco” por “vulnerabilidade”, e este termo remete à ideia de que a infecção não é consequência apenas de falta de informação ou de comportamentos e atitudes individuais, mas que componentes políticos, culturais e econômicos exercem influencia nesse processo (Galvão, 2002).

O Ministério da Saúde (2016) disponibiliza uma linha do tempo que apresenta marcos de destaque anuais sobre a temática. Neste sentido, elaborou-se um quadro elucidativo a partir de tais informações, o qual é exposto a seguir (Figura 01).

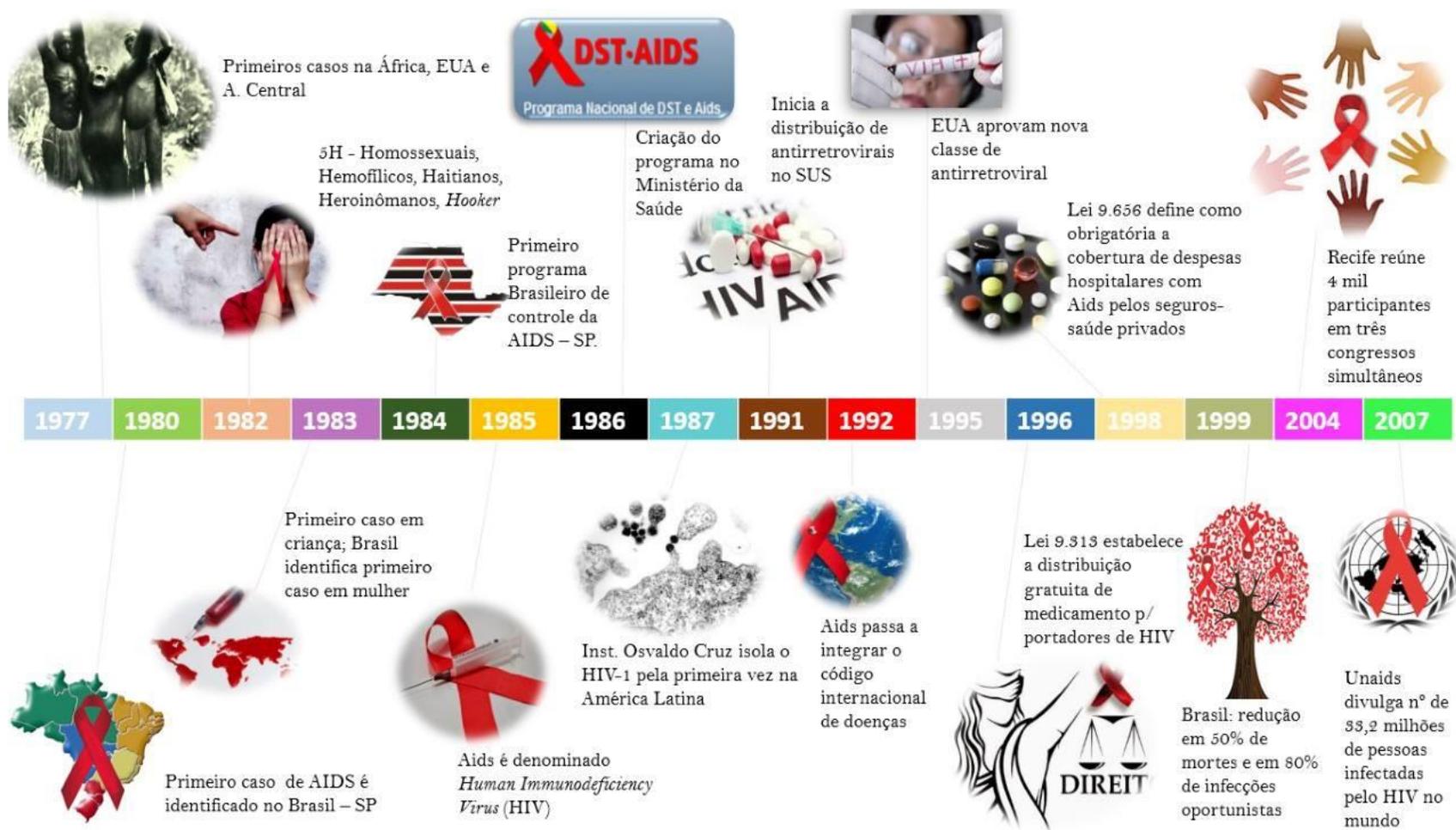


Figura 01. Linha do Tempo da história do HIV/Aids. Adaptado de FIOCRUZ, Ministério da Saúde (2016).

Em trinta anos de história desta epidemia, são notórios os avanços em termos de tratamento, principalmente, no que se refere aos antirretrovirais, o que proporcionou aumento na expectativa e na qualidade de vida dos indivíduos soropositivos. Entretanto, o aumento no número de casos foi constante, não havendo diminuições significativas nos últimos anos. Sobre as estatísticas descritivas dos casos diagnosticados no contexto brasileiro, obtém-se maiores informações no tópico que segue.

### **1.3 Aspectos epidemiológicos HIV/AIDS**

A identificação, em 1981, da Síndrome da Imunodeficiência adquirida, habitualmente conhecida como Aids, tornou-se um marco na história da humanidade. A epidemia da infecção pelo vírus da imunodeficiência humana (HIV) e da AIDS representa um fenômeno global, dinâmico e instável, cuja forma de ocorrência nas diferentes regiões do mundo depende, entre outros determinantes, tanto do comportamento individual quanto do coletivo. A AIDS destaca-se entre as enfermidades infecciosas emergentes pela magnitude e extensão dos danos causados às populações e desde sua origem, cada uma de suas características e repercussões tem disso exaustivamente discutida pela comunidade científica e pela sociedade em geral (Villarinho et al., 2013).

Desde os primeiros casos até o ano de 2015, estima-se que 25 milhões de pessoas morreram de Aids e cerca de 22,5 milhões de indivíduos tiveram falecimento em decorrência de doenças oportunistas associadas à contaminação por HIV. Mais de 30 milhões de pessoas vivem com HIV/AIDS atualmente em todo o mundo (UNAIDS, 2009). No contexto Ocidental, os primeiros casos eram predominantemente em homens homo ou bi sexuais, com idade entre 20 e 49 anos, tendo este quadro modificado com um número crescente de diagnósticos entre mulheres até o ano de 2009 (EURO HIV, 2009). O continente americano apresenta maior concentração nos Estados Unidos e no Brasil. No primeiro país, entre 1981 e 2007 reconheceram mais de um milhão de casos de Aids, e mais de 500 mil pessoas

morreram em decorrência da doença. A partir do ano de 1998 houve grande diminuição de mortalidade pela patologia, em decorrência da descoberta de tratamentos antirretrovirais.

A projeção da Organização Mundial da Saúde (OMS) mostrou que 70 milhões de vidas estarão afetadas nos próximos 20 anos, caso não sejam implementadas ações eficazes em todo o mundo. Em específico no Brasil, os primeiros casos de Aids confirmados foram em 1982, no estado de São Paulo e desde o início da década de 1980 até 2006, existiam aproximadamente 600 mil brasileiros com o vírus da Aids (CDC, 2008).

De acordo com o Boletim Epidemiológico (2016) HIV/Aids do Departamento de Vigilância, Prevenção e Controle das Infecções Sexualmente Transmissíveis, do HIV/Aids e das Hepatites Virais (DIAHV), da Secretaria de Vigilância em Saúde do Ministério da Saúde, de 1980 quando surgiram os primeiros casos até junho de 2016, foram registrados 842.710 casos de infecção por HIV no Brasil. No último ano, a maioria dos casos concentrou-se no Sudeste (52,1%), seguido do Sul (21,1%), Nordeste (13,8%), Centro Oeste (6,7%) e Norte (6,3%).

No contexto brasileiro, em média são registrados 41,1 mil casos a cada ano. Desde os primeiros registros até os mais recentes, há um predomínio de diagnósticos entre os homens (65,1%) em relação às mulheres (34,9%). Esta razão manteve-se, e os casos entre homens tiveram um aumento, enquanto que entre as mulheres diminuíram. Em especial, observou-se no período entre 2003 e 2008, eram diagnosticados 15 homens para cada 10 mulheres, já em 2015 a cada 21 casos masculinos havia 10 femininos. Contudo, estas diferenças apresentam particularidades em cada região. No caso do Nordeste o que se observa é uma prevalência similar aos dados nacionais, mas no Sul, o número de mulheres diagnosticadas tem aumentado e a proporção é de 17 homens soropositivos para cada 10 mulheres.

Outro fator importante a ser considerado é a faixa etária. Nos últimos 10 anos o que se observou foi que entre os jovens de 13 a 19 anos houve um aumento no número de casos

masculinos, enquanto que na faixa etária de 20 a 29 e de 30 a 39 houve 30 casos de homens para cada 10 em mulheres. Já nos adultos (40 a 50 anos ou mais) houve uma estabilização, permanecendo um padrão de 18 casos entre homens para cada 10 casos entre as mulheres. De todos estes casos, a maioria concentra-se na faixa etária entre 25 e 39 anos para ambos os sexos (H= 53%, M= 49,4%).

No tocante à via de transmissão, tanto entre homens, quanto entre mulheres há uma constância no decorrer dos anos. Até o ano de 2015, as relações sexuais desprotegidas constituíram o principal meio de contaminação. Em todas as regiões brasileiras, com exceção do sudeste, as relações foram heterossexuais. Ademais, neste mesmo período, a região Sul destacou-se por apresentar maior proporção de usuários de drogas injetáveis.

Na Paraíba, o primeiro caso de Aids notificado ocorreu em 1985 (Ministério da Saúde, 2011), desde então, conta-se com mais de sete mil pessoas diagnosticadas (Secretaria do Estado de Saúde da Paraíba, 2016). As cidades mais acometidas até junho de 2010, foram: João Pessoa (2.091 casos), Campina Grande (692 casos), Santa Rita (189 casos), Bayeux (170 casos) e Cabedelo (137 casos). Dentre esses municípios, a maior incidência, em 2009, foi observada em João Pessoa (297,8/100.000 habitantes).

Os impactos do diagnóstico da soropositividade repercutem em diversas esferas, podendo-se destacar a sexualidade, a conjugalidade e a maternidade/paternidade dos indivíduos, independente da sorologia do parceiro (igual ou diferente) (Rabkin, Ferrando, Lin, Sewell, & McElhiney, 2000). Além disso, fatores sociodemográficos, como baixa renda associam-se a menores índices de bem-estar emocional, qualidade de vida e funcionamento social entre pessoas que vivem com HIV/AIDS (Reis, 2008).

Investigações anteriores (Dunbar, Mueller, Medina, & Wolf, 1998) também evidenciam que há relação entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida percebida em soropositivos. Esta qualidade de vida, também relaciona-se com renda, idade, emprego e

a gravidade dos sintomas ligados à patologia (Friedland, Renwick, & McColl, 1996; Schmitz & Crystal, 2000).

Seidl, Zannon e Tróccoli (2005) testaram um modelo sobre as relações entre qualidade de vida, condição clínica, escolaridade, situação conjugal, enfrentamento e suporte social em pessoas soropositivas. Os autores encontraram que o suporte social emocional, o enfrentamento focalizado na emoção, o enfrentamento focalizado no problema e a condição de viver com um parceiro(a) foram preditores significativos da dimensão psicossocial da qualidade de vida, alcançando a maior variância explicada (59% ajustado). Ademais, observaram que o suporte social emocional e o enfrentamento focalizado na emoção foram preditores significativos nas análises relativas às demais dimensões (física e ambiental) da qualidade de vida.

Diante dos desafios proporcionados pela AIDS, a possibilidade de melhora na qualidade de vida, além de fatores sociopsicológicos advém da expectativa criada com o tratamento. Atualmente, a principal alternativa é o antirretroviral, que já faz parte de políticas públicas no Brasil e é distribuído gratuitamente para as pessoas diagnosticadas. Sobre mais informações deste aspecto expõe o tópico a seguir.

#### **1.4 Tratamento Antirretroviral**

O tratamento da Síndrome da Imunodeficiência Adquirida (AIDS) têm sido baseado nos medicamentos Antirretrovirais (ARV) desde meados dos anos de 1980. Neste primeiro momento, os benefícios eram temporários, pois havia baixa eficácia na recuperação da capacidade imunológica, uma vez que os efeitos eram limitados à redução da carga viral. Foi em 1996, quando surgiram novas classes de ARV – inibidores da protease e inibidores de transcriptase reversa não nucleosídios – que pôde-se alcançar, a partir da terapia antirretroviral combinada (*Highly Active Antiretroviral Therapy* – HAART), êxitos significativos no tratamento de pessoas infectadas pelo vírus. Com isso, houve uma

diminuição relevante nos índices de morbidade e mortalidade por AIDS (Baer & Roberts, 2002).

No contexto brasileiro, o acesso universal à terapia antirretroviral foi efetivado apenas em 1991, com o uso da monoterapia com Zidovudina (AZT), sendo que em 2006 eram disponibilizadas mais de 16 drogas para o tratamento da AIDS. Esta disponibilidade de medicação ARV na política universal de acesso no Brasil trouxe benefícios tanto em âmbito individual aos pacientes, quanto no coletivo, diminuindo os índices de infecciosidade (Grangeiro, Teixeira, Bastos, & Teixeira, 2006). Entretanto, mesmo diante dos avanços no tratamento, verifica-se que alguns pacientes não têm conseguido efetivá-lo, pois, muitas variáveis além da disponibilidade gratuita de medicação estão relacionadas ao aspecto mais importante: a adesão ao tratamento antirretroviral. De acordo com Vázquez, Rodríguez e Álvarez (1998, p.232), ela refere-se a “um compromisso de colaboração ativa e intencionada do paciente, com a finalidade de produzir um resultado preventivo ou terapêutico desejado.

A partir de 1991, o acesso universal à TARV foi efetivado no Brasil, com o uso da monoterapia com Zidovudina (AZT), já em 2006 eram disponibilizadas mais de 16 drogas para o tratamento da AIDS. Esta disponibilidade de medicação ARV na política universal de acesso no Brasil trouxe benefícios tanto em âmbito individual aos pacientes, quanto no coletivo, diminuindo os índices de infecciosidade (Grangeiro et al., 2006). A importância da adesão ao tratamento no Brasil vem sendo reconhecida pelo Programa Nacional de DST/AIDS desde o final dos anos 1990 (Caraciolo *et al.*, 2009), e a política de acesso universal ao tratamento ARV vem alcançando resultados positivos no país (e.g. diminuição da mortalidade, redução no número de internações, menor custo do tratamento).

A adesão ao tratamento é o principal foco de interesse dos autores quando buscam compreender aspectos importantes relacionados à doenças crônicas, e por isso, possui uma ampla amplitude de publicações nas mais diversas áreas, sobretudo em saúde. Sobre esta

variável e sua relevância tanto em estudos sobre doenças crônicas em geral, quanto em especial no caso da adesão ao tratamento antirretroviral, pode-se ter informações mais detalhadas no subtópico a seguir.

### **1.5 Adesão ao tratamento antirretroviral**

Há uma distinção fundamental entre *adesão ao tratamento* e adesão a medicamentos. A primeira diz respeito a um conjunto de comportamentos inerentes à saúde que vão muito além da segunda, que refere-se simplesmente a seguir o que foi prescrito pelo médico (Haynes, 1979). Esta relaciona-se ainda a fatores pessoais e sociais que podem afetá-la direta ou indiretamente. Tal concepção assemelha-se ao que assume a Organização Mundial da Saúde, quando define a adesão a tratamentos crônicos como o grau em que a conduta de um indivíduo ingere a medicação prescrita, o cumprimento de dieta, assim como todas as demais mudanças em seu estilo de vida, de acordo com as recomendações da equipe de saúde (OMS, 2005).

A adesão ao tratamento também é entendida como um meio para se chegar a um fim, constituindo uma abordagem que promove a manutenção ou melhoria da saúde ao reduzir os sintomas de uma patologia (Miller, Hill, Kottke, & Ockene, 1997). Com efeito, percebe-se que as definições de adesão devem reconhecer e abranger a iniciativa do indivíduo em participar e colaborar no tratamento (Gusmão & Mion Jr, 2006).

Em específico, a adesão ao tratamento em pacientes com HIV/Aids, refere-se à tomada efetiva de medicação antirretroviral (ARV), esta compreendendo 95% ou mais do que foi prescrito pelo médico, além de cuidados específicos referentes a acompanhamento por outros profissionais de saúde (Scalera, Bayoumi, Risebrough, Shaer, & Tseng, 2002). Sua importância vem sendo reconhecida pelo Programa Nacional de DST/AIDS desde o final dos anos 1990 (Caraciolo *et al.*, 2009), e desde então, a política de acesso universal ao tratamento

ARV vem alcançando resultados positivos no país (e. g. diminuição da mortalidade, redução no número de internações, menor custo do tratamento).

### *1.5.1 Avaliação da adesão ao tratamento*

Existem muitos desafios presentes quando se busca mensurar se os indivíduos aderem ou não ao tratamento antirretroviral. Polejack e Seidl (2010) argumentam que uma das maiores dificuldades está relacionada a um dos questionamentos cruciais: como saber de fato, que os pacientes estão aderindo ao tratamento e tomando a medicação corretamente? Nesse interim, um dos maiores desafios para monitorar e medir a adesão ao tratamento é a escassez de procedimentos capazes de garantir a adoção de um método padrão que seja capaz de analisar o nível de adesão do indivíduo (Carvalho, Duarte, Humann, Bicudo, & Laguardia, 2000).

Melhorar a qualidade de procedimentos para avaliar a adesão torna-se importante, na medida em que pode trazer inúmeros benefícios para os pacientes. Em específico no contexto da pesquisa, o desenvolvimento e aprimoramento das medidas de adesão podem acarretar em informações mais precisas acerca da prevalência de não adesão, bem como, os fatores e preditores que estão envolvidos na baixa adesão e o mapeamento de populações mais vulneráveis a serem priorizadas no desenvolvimento de políticas públicas (Berg & Arnstein, 2006).

Ademais, quanto mais fidedigna e válida for a informação acerca do uso dos medicamentos, maiores serão as chances de que as políticas públicas no âmbito da saúde tragam impacto efetivo para a população. Por outro lado, a fidedignidade de uma medida de adesão ao tratamento antirretroviral é essencial para o estabelecimento de propostas de intervenções, que por sua vez, podem melhorar o seguimento do tratamento e a prevenção da manifestação viral (Oyugi et al., 2004).

Com o objetivo de averiguar a adesão ao tratamento em doenças crônicas, vários

métodos e técnicas foram desenvolvidos. Atualmente, os métodos utilizados para a avaliação da adesão são constituídos por medidas diretas e indiretas. Entre as medidas indiretas, pode-se citar o *monitoramento eletrônico de medicamentos*, *contagem de comprimidos* e *autorrelato*. No que concerne às medidas diretas, inclui-se, por exemplo, a *deteção dos medicamentos antirretrovirais* e o *tratamento diretamente observado* (Berg & Arnstein, 2006; Mills et al., 2006).

É notória a existência de vários métodos e técnicas desenvolvidas com o objetivo de aferir a adesão ao tratamento antirretroviral. No entanto, ressalta-se que na presente dissertação a adesão ao tratamento antirretroviral será avaliada mediante a utilização de medida de autorrelato. Justifica-se a utilização da mesma por esta ser adequada para monitorar e obter informações sobre a adesão, tanto em contextos de pesquisas quanto na atenção cotidiana em saúde (Polejack e Seidl, 2010).

Nos últimos anos, inúmeros estudos enfatizaram a importância da adesão ao tratamento (Troca, 2003; Remor, 2002; Lignani-Junior, Greco, & Carneiro, 2001). A partir disso, uma série de mecanismos foram postos em prática para o devido controle da adesão, tais como a utilização de indicadores de medidas diretas e indiretas no monitoramento e identificação de pacientes com baixa adesão ao tratamento. Nessa direção, com o avanço das pesquisas, constatou-se que tanto métodos diretos (mais caros, invasivos e complexos) como indiretos (auto informe) eram tidos como igualmente úteis e válidos. Tal fato abriu caminho para a utilização de questionários psicometricamente avaliados para analisar o nível de adesão ao tratamento farmacológico (DiMatteo, 2004).

Apesar da política de acesso universal e gratuito dos medicamentos antirretrovirais aos pacientes soropositivos do Brasil ser reconhecida internacionalmente, existe uma carência de estudos publicados que avaliem a eficácia das estratégias implementadas como forma de garantia a uma adequada adesão ao tratamento (Castro & Remor, 2004). Dessa forma, há

poucas ferramentas padronizadas e desenvolvidas para avaliar os resultados dos programas de adesão ao tratamento do HIV/Aids.

Frente a essa incipiência, Remor, Milner-Moskovics, Preussler (2007) adaptaram o questionário de avaliação de adesão ao tratamento antirretroviral para o contexto brasileiro. Para efetivação do estudo, tais pesquisadores contaram com uma amostra de 59 pacientes em tratamento antirretroviral, de um centro especializado no atendimento de pacientes infectados pelo HIV ou Aids, localizada no Rio Grande do Sul.

A medida foi originalmente desenvolvida por Remor (2002), sendo constituída por 20 perguntas (e.g. *Deixou de tomar sua medicação alguma vez?; Se alguma vez se sentiu triste ou deprimido, deixou de tomar sua medicação?; Quando você se esforça para seguir com o tratamento?*) que em seu conjunto avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral. Os itens são respondidos em uma escala *Likert* de cinco pontos, em que uma maior pontuação indica um maior nível de adesão.

O instrumento apresenta um caráter multidimensional, uma vez que abarca os principais fatores que podem modular o comportamento de adesão ao tratamento, tais como as expectativas positivas e otimismo frente aos resultados do tratamento, percepção de dificuldades e problemas com o tratamento e a percepção de mudanças positivas ou negativas decorrentes do tratamento, contudo, sua pontuação pode ser considerada de maneira unidimensional. Além disso, apresenta propriedades psicométricas adequadas e tem sido utilizada em várias culturas, a exemplo de países como a Colômbia, Espanha, Peru e Portugal (Remor, 2002; Remor, 2006).

A relevância do tema tem sido constatada no âmbito científico, uma vez que o número de pesquisas que tem abordado aspectos relacionados à adesão ao tratamento em pessoas com doenças crônicas, como é o caso do HIV é crescente. No contexto latino americano, por exemplo, no período compreendido entre 1998 e 2008, as pesquisas sobre adesão/não-adesão

ao tratamento em pessoas com problemas crônicos de saúde (e.g. hanseníase, tuberculose, hipertensão, diabetes e aids) centravam-se principalmente nas áreas de enfermagem, medicina clínica, nutrição e farmácia, tendo os periódicos de saúde pública como principais fontes de investigação sobre o assunto. Os estudos compreendem em sua maioria, caráter epidemiológico, incluindo as abordagens quali e quanti-quali, e compartilham da perspectiva que entende a adesão ao tratamento a partir de variáveis pessoais (Reiners, Azevedo, Vieira, & Arruda, 2008).

Cardoso e Galera (2006) realizaram busca em bases como *Medline* e *Pubmed*, utilizando os descritores “adesão”, “medicação antipsicótica” e “doença mental”. Foi observado que a maioria dos estudos tinha objetivo identificar fatores que podem influenciar na adesão aos tratamentos, seguidos de outros com ênfase em avaliar a influência de intervenções profissionais na adesão. Os principais fatores relatados relacionavam-se ao paciente, tipo de medicamento e fatores sociais, enquanto que as intervenções que combinaram estratégias educacionais e comportamentais foram as mais eficientes (Cardoso & Galera, 2006).

Pode-se perceber que muitas são as variáveis que estão associadas à adesão ao tratamento antiretroviral. Diante da importância das mesmas na compreensão deste fenômeno, é tratado sobre estas de maneira mais detalhada no subtópico a seguir.

### 1.5.2 *Correlatos da adesão ao tratamento*

É possível perceber a partir de evidências na literatura que o nível de adesão em tratamentos de doenças crônicas sofre influência tanto de fatores pessoais, quanto sociais que interferem na maneira como os pacientes seguem a prescrição médica (Carvalho et al., 2007). Além disso, no contexto das doenças crônicas, a não-adesão também está relacionada à nível socioeconômico enquadrado em C, D ou E, participação no mercado de trabalho em trabalho não qualificado, falta de recursos financeiros para custear a compra da medicação, intervalo

de tempo longo entre as consultas médicas, histórico de interrupções no tratamento anteriores, tempo de tratamento inferior a três anos, presença de transtorno mental (Santa-Helena, Nemes, & Eluf Neto, 2010).

O suporte familiar relaciona-se positivamente com a adesão ao tratamento antirretroviral (Poudel, Buchanan, Amiya, & Poudel-Tandukar, 2015), assim como a realização de práticas religiosas (Vyas, Limneos, Qin, & Mathews, 2014). O mesmo ocorre quando considera-se o nível socioeconômico (Houston & Fominaya, 2015), o estigma (Sweeney, Mitzel, & Venable, 2015), o alcoolismo (Sharma et al., 2014) e a presença de transtornos psicológicos (Adejumo et al., 2016), sobretudo a depressão (Newville, Berg, & Gonzalez, 2015; Sin & DiMatteo, 2014; Uthman, Magidson, Safren, & Nachega, 2014).

A adesão ao tratamento tem sido relacionada de maneira forte com o apoio social (Weaver, Pane, Wandra, Windiyaningsih, & Samaan, 2014) estrutural ou funcional. Partindo desta perspectiva, DiMatteo (2004) realizou uma meta-análise estabelecendo tamanhos de efeito  $r$  médias significativas entre adesão e apoio social prático, emocional e unidimensional; coesão familiar e conflitos; e estado civil em adultos. Os efeitos foram moderados por variáveis substantivas e metodológicas. O autor encontrou que o apoio prático tem a maior correlação com a adesão. Ademais, a adesão é 1,74 vezes maior em pacientes de famílias coesas e 1,53 vezes menor nos pacientes pertencentes a famílias conflituosas. O estado civil e fato de estar com outra pessoa (para adultos) também aumenta modestamente a adesão.

A adesão ao tratamento ARV também tem se relacionado com qualidade de vida dos pacientes (Reis, Lencastre, Guerra, & Remor, 2010) e qualidade na prestação dos serviços de saúde (Nemes *et al.*, 1999). Em contrapartida, a não adesão tem sido relacionada com a preocupação que o indivíduo apresenta em não divulgar que é portador do HIV, ter um baixo nível de escolaridade, viver abaixo do limite da pobreza, não ter um amigo que também esteja

em tratamento (Unge et al., 2010), como também ao estigma (Katz et al., 2013), à falta de alimentação (Young, Wheeler, McCoy, & Weiser, 2014), uso excessivo de álcool, dificuldades financeiras para pagar o tratamento para o HIV em contexto em que não há tratamento integral gratuito, discriminação no ambiente familiar, falta de refeições regulares e falta de apoio psicossocial por parte dos profissionais de saúde (Boyer et al., 2011). Somado a isso também encontra-se a instabilidade emocional e social associada a indicadores psicopatológicos (Gordillo, Del Amo, Soriano, & González-Lahoz, 1999), e efeitos colaterais da medicação ARV (Berg et al., 2004; Remien et al., 2003).

Destarte, são considerados como indicadores de não adesão ao tratamento ARV, aspectos como o tempo indefinido de duração do tratamento, o isolamento social, o estresse, o preconceito, a falta de informação e a falta de apoio afetivo e social (Bonolo, Gomes, & Guimarães, 2007; Colombrini, Lopes, & Figueiredo, 2006). Conjuntamente aos fatores mencionados, uma variável importante a ser considerada nos estudos sobre adesão ao tratamento antirretroviral é o tipo de enfrentamento do indivíduo diante do diagnóstico soropositivo (Campos, Guimarães, & Remien, 2010; Carroble, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003).

Sing et al (1999) observaram que o enfrentamento e o suporte social estavam associado à adesão em pacientes HIV+. Os pesquisadores verificaram ainda que a não-adesão esteve relacionada a sentimentos de desesperança e a estratégias de enfrentamento de esquiva. O suporte social foi apontado por sua influência tanto direta – disponibilização de encorajamento e motivação para o autocuidado –, quanto indireta, ao atenuar os efeitos de situações que interferiam negativamente sobre a adesão.

Seidl, Melchíades, Farias e Brito (2007) investigaram o papel preditor de oito variáveis (1. nível de escolaridade; 2. presença de efeitos colaterais; 3. interrupção atual ou anterior do TART pela própria pessoa; 4. auto estima; 5. auto eficácia; 6. estratégias de

enfrentamento; 7. apoio social; e 8. satisfação com a relação profissional de saúde-paciente) na adesão TARV. A adesão foi avaliada por autorrelato, as perguntas referiam-se ao número de comprimidos esquecidos durante a semana anterior e o mês anterior. O estudo contou com 101 adultos HIV +, do sexo masculino (60,4%) e idade média de 37 anos. A maioria dos participantes ( $n = 73$ ; 72,3%) apresentou adesão  $\geq 95\%$ . Quanto ao poder preditivo, observou-se que as variáveis interrupção no TARV anterior e autoeficácia foram preditores significativos da adesão. Ademais, os autores sinalizam para a importância de considerar as discussões sobre a presença ainda forte do estigma no diagnóstico de AIDS. De tal modo que é imprescindível considerar as questões de natureza psicossocial somadas aos desafios da esfera biomédica.

A auto eficácia (Bandura, 1994) tem sido um construto que vem apresentando relevância na compreensão da adesão ao tratamento antiretroviral (Leite, Drachler, Centeno, Pinheiro, & Silveira, 2002). Compreendida como a crença da pessoa em sua capacidade para organizar e executar as ações requeridas para produzir determinado resultado, tem foco no indivíduo e em sua capacidade para lidar ou manejar as circunstâncias que eventualmente o impeçam de realizar comportamentos de saúde, tanto preventivos quanto de tratamento. No caso específico da adesão antiretroviral, observa-se que escores mais elevados em auto eficácia estiveram associados à maior nível de adesão (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, & Auliffe, 2000; Pinheiro, Leite, Drachler, & Silveira, 2002). Variáveis sociodemográficas também se relacionam com a adesão ao TARV, tais como a idade (Barbosa, 2006; Padoin et al., 2011), a renda (Bartlett, 2002) e a escolaridade (Pinheiro et al., 2002).

Colombrini, Lopes e Figueiredo (2006) em um estudo de revisão de literatura, avaliaram os fatores de risco para não-adesão à TARV. Os resultados apontaram para a necessidade de realização de estudos que avaliem aspectos socioculturais, crenças, qualidade do serviço prestado, relações do paciente com a equipe multiprofissional e outros referentes

aos efeitos colaterais dos antirretrovirais.

Após discorrer sobre todos os desafios enfrentados pelas pessoas ao receber o diagnóstico de HIV, é notório a importância do tempo transcorrido desde a descoberta até a aceitação da condição de soropositividade (Nakanjako et al., 2007; Reed, Kemeny, Taylor, Wang, & Visscher, 1994), e essa aceitação repercute em diversos âmbitos da vida, incluindo o quanto ela dispõe-se a aderir ou não ao tratamento (Mostashari, Riley, Selwyn, & Altice, 1998).

Estudos de cunho interventivo também foram realizados, a exemplo do realizado por Faustino e Seidl (2010), em que investigaram os efeitos de intervenções cognitivo-comportamentais (e.g. reestruturação cognitiva, balanço de vantagens e desvantagens, relaxamento diafragmático, disponibilização de informação sobre HIV/ aids e TARV) sobre a adesão inadequada à terapia antirretroviral. Participaram dois homens (P1 e P2) acometidos pela Aids. Uma mulher soropositiva (P3) funcionou como controle. Foram comparadas avaliações de comportamento de adesão, estratégias de enfrentamento, expectativa de autoeficácia para aderir à terapia e variáveis biológicas de três momentos - linha de base (LB), imediatamente após (M2) e três meses depois (M3) da intervenção. Observou aumento nos níveis de adesão nos participantes P1 e P2, nos escores de autoeficácia e no enfrentamento focalizado no problema. A participante P3 manteve adesão insuficiente e baixos escores de autoeficácia. Tais resultados evidenciam a efetividade das intervenções na adesão à terapia antiretroviral.

Com efeito, os achados recém descritos fundamentam a importância do empreendimento de estudos que avaliem os aspectos psicossociais relacionados à adesão ao tratamento antiretroviral, uma vez que, mesmo possuindo acesso gratuito no contexto brasileiro, os níveis de adesão ainda não são os ideais, pois a mortalidade por Aids ainda é alarmante. De tal modo, investiga-se o papel de atributos individuais, como a positividade e

os tipos de enfrentamento, como também de variáveis sociopsicológicas como as orientações axiológicas dos indivíduos, e seus impactos sobre a adesão ao TARV. Para iniciar, o próximo capítulo aborda sobre as características pessoais positivas, sua conceituação, medida e correlatos.

**CAPÍTULO 2. CARACTERÍSTICAS PESSOAIS POSITIVAS**

---

---

Se outrora a literatura psicológica dava ênfase a tentar explicar e entender fenômenos psicopatológicos no indivíduo, nos últimos anos, uma nova área tem despertado o interesse crescente de diversos pesquisadores. A Psicologia Positiva apresenta uma proposta inovadora com foco nas características positivas do ser humano, mais especificamente, em potencialidades pessoais e em suas consequências no âmbito social (Seligman & Csikszentmihalyi, 2014; Snyder & Lopez, 2009). Tal perspectiva, trata de diversos construtos como objetos de estudo, dentre os quais destacam-se a felicidade autêntica (Seligman, 2004), o altruísmo (Gouveia et al., 2014; Preston, 2013), a gratidão (Wood, Froh, & Geraghty, 2010), o perdão (Gouveia et al., 2009), o bem-estar subjetivo (Passareli & Silva, 2007) a resiliência (Rutter, 2012), as estratégias de enfrentamento/ *coping* (Moos, 2013) e a positividade (Jayawickreme & Pawelski, 2012).

Neste interim, o presente capítulo tem por meta caracterizar esta subárea psicológica, sobretudo, dois de seus construtos, os quais recebem destaque na presente dissertação. A seguir, estruturam-se três tópicos centrais, em que no primeiro aborda-se sobre a história da Psicologia Positiva, proporcionando uma visão geral sobre esta subárea da Psicologia, seguidos do segundo e terceiro tópico que apresentam as variáveis de interesse do presente estudo, respectivamente o *Coping* e a Positividade.

## **2.1 Psicologia Positiva – Breve histórico e visão geral**

Com o advento da Segunda Guerra Mundial, a ciência psicológica concentrou seus estudos no âmbito das enfermidades (e.g., depressão, transtornos mentais, ansiedade) e na maneira de enfrentá-las (Seligman, 2004). Com o objetivo de atender as demandas deste período histórico, as práticas profissionais e a maneira que eram realizadas as investigações em Psicologia tornaram-se similares à área Médica, em que o foco estava concentrado ao processo da doença e cura (Paludo & Koller, 2007). Entretanto, um movimento contrário a estes pressupostos ganhou espaço e destaque com a chegada de Martin Seligman em 1998 à

presidência da *American Psychology Association* (APA), o qual propôs aos psicólogos uma mudança de perspectiva nos estudos, focalizando nos elementos positivos que promovam a saúde psicológica (Pacico & Bastianello, 2014). Assim, com a publicação do artigo “*Positive Psychology – An introduction*”, Seligman e Csikszentmihalyi (2000) discutem que a Psicologia necessitava de uma mudança de paradigma, de modo que esta ciência resgatasse o objetivo principal de proporcionar mais satisfatória a vida das pessoas. Este momento é consensual na literatura como marco do nascimento da Psicologia Positiva, em que foi definido o objetivo desta subárea em promover os aspectos saudáveis do indivíduo e expandir as pesquisas sobre os atributos positivos do ser humano (Reppold, Gurgel, & Schiavon, 2015).

A Psicologia Positiva conceitua-se como área que visa entender as emoções positivas, as forças, as virtudes e as experiências humanas, além de ressaltar o entendimento sobre a felicidade e identificar os aspectos que promovem o bem-estar (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000). Em outras palavras, configura-se como perspectiva que busca contribuir com a compreensão científica do funcionamento psicológico ótimo ou positivo, relacionando com outros domínios da Psicologia, visando ter um aporte mais completo (Passareli & Silva, 2007).

É importante salientar que a Psicologia Positiva não tem como interesse criar um novo campo em Psicologia, mas operacionalizar alguns construtos e resgatar metas estabelecidas previamente, que segundo os exponentes, encontravam-se negligenciadas (Paludo & Koller, 2007). Para isso, toma como principais temas de investigações, assuntos que se voltem para os aspectos saudáveis e positivos do desenvolvimento humano, ressaltando o caráter empírico, de modo que a pretensão última constitui-se em apresentar à comunidade científica intervenções práticas devidamente testadas (Seligman, Steen, Park & Peterson, 2005; Pacico & Bastianello, 2014).

Cabe destacar ainda que tais pressupostos ancoram-se em outra subárea psicológica, a Psicologia Humanista. Esta última já ressaltava os elementos positivos do indivíduo, uma vez que nos trabalhos de Carl Rogers e Abraham Maslow estavam presentes temas como a autorrealização pessoal (Froh, 2004; Rich, 2001). Contudo, há diferenças sobretudo metodológicas entre as duas subáreas, pois a Psicologia Humanista é criticada por Seligman e Csikszentmihalyi (2000) por segundo os autores existir falta de rigor metodológico. Isso posto, acentua-se a relevância da utilização de métodos quantitativos para a sistematização dos fenômenos psicológicos positivos (Pacico & Bastianello, 2014).

É possível delimitar três níveis de estudo em Psicologia Positiva, a saber: (i) o nível grupal, em que são pesquisadas as mudanças que possibilitam às pessoas serem melhores em termos de cidadania, tolerância, altruísmo, por meio do incentivo às atividades cívicas e institucionais; (ii) o nível individual, em que são ressaltados os estudos sobre as características e os traços positivos, como espiritualidade, generosidade, talento, forças de caráter, perdão e resiliência; e (iii) o nível subjetivo, em que enquadram-se as pesquisas sobre felicidade, esperança, otimismo, emoções e experiências positivas, bem-estar subjetivo e *flow* (Pacico & Bastianello, 2014; Paludo & Koller, 2007). Não obstante, esses construtos são compreendidos de maneira interdependente, mesmo que sejam explicitados em diferentes níveis.

Atualmente, as contribuições da Psicologia Positiva estendem-se às mais diversas áreas, tais como a organizacional (Marujo, Neto, Caetano, & Rivero, 2007; Salanova, Martínez, & Llorens, 2008; Siqueira & Padovam, 2008), a educacional/ escolar (Bolsoni-Silva & Marturano, 2007; Coleta & Coleta, 2006; Fernandes, Vasconcelos-Raposo, Bertelli, & Almeida, 2011), a clínica (Prati & Koller, 2011) e de saúde/ hospitalar (Calvetti, Muller, & Nunes, 2007; Miranzi, Ferreira, Iwamoto, Pereira, & Miranzi, 2008; Bianchini & Dell'Aglio,

2006). Sobre esta última área, algumas variáveis em especial são utilizadas, como é o caso do *coping*. Este construto é melhor detalhado no tópico que segue.

## 2.2 *Coping*

Ao deparar-se com situações de adversidade, os indivíduos apresentam diferentes estratégias de enfrentamento, as quais podem variar de adaptativas a não adaptativas.

Antoniazzi, Dell' Aglio e Bandeira (1998) em uma revisão sobre os conceitos de *coping* apresentam e comparam os modelos de Folkman, Lazarus, Gruen e Longis (1986) e de Rudolph, Denning e Weisz (1995). O primeiro modelo é baseado em uma perspectiva cognitivista, o qual sugere a partir de análises fatoriais que há duas categorias funcionais de *coping*: uma com foco no problema e outra com foco na emoção. A definição do construto apresentada neste modelo entende o *coping* como um conjunto de esforços cognitivos e comportamentais do indivíduo na busca de enfrentar demandas de sobrecarga que podem ser internas e externas e que têm origem em situações de estresse. À parte disso, os autores apresentam quatro conceitos principais que auxiliam na compreensão do construto: (1) o *coping* é um processo/ interação entre indivíduo e ambiente; (2) sua administração não se dá por meio do domínio ou controle de uma situação de estresse; (3) há novas avaliações do fenômeno, sendo este percebido, interpretado e cognitivamente representado; (4) o *coping* enquanto processo representa uma mobilização por parte do indivíduo em realizar esforços cognitivos e comportamentais, tendo em vista a administração dos estresses internos ou externos oriundos da interação dele com o meio (Lazarus & Folkman, 1984).

Já o segundo modelo, elaborado por Rudolph et al. (1995) possui um caráter mais crítico ao sinalizar contradições nas propostas de alguns autores que abordam o construto. Tais críticas tem como argumento o fato de que há definições que consideram o *coping* tanto como recurso quanto como resultado. Estas questões motivaram estes pesquisadores a propor a compreensão de *coping* como um episódio, este sendo consequência de um processo que é

influenciado por muitos fatores. Dentre estes, há três características fundamentais e distintas: (a) resposta de *coping*, que é diferente de resposta de estresse; (b) objetivo subjacente a esta resposta; (c) resultado de *coping*. À parte disso, vale ressaltar que dois conceitos recebem especial destaque neste modelo: o de moderadores e de mediadores, entendidos como variáveis que têm influência na direção ou intensidade da relação entre o resultado de uma variável dependente e outra independente (Antoniazzi, Dell'Aglio, & Bandeira, 1998).

Neste contexto, têm-se ainda, o Modelo Interativo do Estresse, o qual compreende o enfrentamento como “esforços cognitivos e comportamentais voltados para o manejo de exigências ou demandas internas e externas, que são avaliadas como sobrecarga aos recursos pessoais” (Folkman et al., 1986, p.572). O objetivo dos estudos que utilizam desta variável em contexto de saúde estão voltados para o conhecimento de possibilidades capazes de potencializar a capacidade dos pacientes e familiares frente aos estressores inerentes ao processo de adoecimento (Auerbach, 1989), baseando-se no fortalecimento das habilidades a nível individual, mas que considerem todos os fatores internos e externos que perpassam a doença (Chaves et al., 2000).

Historicamente, percebe-se que em Psicologia os estudos sobre *coping* inicialmente utilizavam de fatores puramente individuais, como mecanismos de defesa inconscientes para explicar este construto (Vaillant, 1994), como também aspectos externos como possíveis desencadeadores de processos de *coping* (Tapp, 1985). O importante a se ressaltar é que tais estudos enquadravam-se segundo Antoniazzi, Dell'Aglio e Bandeira (1998) na primeira geração de pesquisadores, os quais compreendiam o construto em uma hierarquia de saúde *versus* patologia, em que tanto mais estratégias de enfrentamento o indivíduo possuía, mais adaptativo ele era. Concernente a isto, verificou-se uma tendência a considerar o *coping* a partir da ênfase em conhecer os determinantes cognitivos e situacionais dos comportamentos de enfrentamento (Suls, David, & Harvey, 1996). Neste período, as pesquisas consideravam

o *coping* como um processo recíproco entre pessoa e ambiente, com ênfase maior no processo e em traços de personalidade (Folkman et al., 1986).

Por fim, a terceira geração que se estende até os dias atuais, direciona-se ao estudo do construto relacionando-o a traços de personalidade e desta forma caracterizando-o como algo mais particular e interno, considerando que o meio não possui grande peso quando considerado a diferenças individuais, sendo válido destacar ainda que o modelo dos Cinco Grandes Fatores tem sido o mais presente nas pesquisas com este foco (Holahan & Moos, 1985; McCrae & Costa, 1986; O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996).

Ao utilizar como base teórica o modelo do Big Five, os resultados apontaram relação com otimismo, rigidez, autoestima e *locus* de controle (Carver & Scheier, 1994; Carver, Scheier & Weintraub, 1989; Compas, Banez, Malcarne, & Worsham, 1991; Lopez & Little, 1996; Parkes, 1984).

Ao tratar-se da promoção de *coping* no cenário dos avanços em adesão em TARV, como qualidade de vida e longevidade, variáveis como o fortalecimento de suporte social, vivência de sexualidade plena e concretização de projetos de vida são tidas como importantes (Kelly, Otto-Salaj, Sikemma, Pinkerton, & Bloom, 1998; Wu, 2000). Além disso, o gênero é uma variável que interfere nas estratégias de enfrentamento em pessoas em TARV, em início de tratamento, de modo que homens apresentam comportamentos como abuso de uso de álcool e drogas, como também condutas sexuais de risco, enquanto que em mulheres observa-se planejamento e suporte na religião, evidenciando estratégias de enfrentamento positivo mais presentes no gênero feminino (Olley et al., 2003).

Diante do exposto, assume-se no presente estudo a perspectiva da terceira geração, a qual assume o enfrentamento enquanto um atributo individual, e com relação com a personalidade (Holahan & Moos, 1985; McCrae & Costa, 1986; O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996). O *coping*, como já mencionado apresenta contribuições

importantes no contexto de saúde e recuperação de doenças, e especificamente no caso do enfrentamento à condição de soropositividade ao HIV, pode-se ter mais informações sobre os achados no subtópico a seguir.

### *2.2.1 Estudos sobre enfrentamento em pessoas com HIV/AIDS*

Faria e Seidl (2006) avaliaram o poder preditivo de estratégias de enfrentamento (religioso, focalizado no problema e focalizado na emoção) sobre o bem-estar subjetivo (afetos positivo e negativo) em 110 pessoas com HIV/AIDS. Os achados desta investigação mostraram que os três tipos de enfrentamento contribuíram na explicação do afeto positivo, tendo o enfrentamento focalizado na emoção, o maior poder preditivo (negativo), com 9% de contribuição, seguido do enfrentamento focalizado no problema, com 8%, e do enfrentamento religioso positivo, alcançando 2% de contribuição. No tocante ao afeto negativo, apenas o enfrentamento focalizado na emoção e o enfrentamento focalizado no problema explicaram significativamente, apresentando respectivamente, 21% e 2% de contribuição.

Semelhante ao estudo recém descrito, foi o realizado por Seidl (2001) em que investigou-se a relação de estratégias de enfrentamento (religioso, focalizado no problema e focalizado na emoção) em 241 pessoas com HIV/AIDS e variáveis sociodemográficas (sexo, escolaridade e situação conjugal). Os resultados apontaram uma variabilidade nas estratégias de enfrentamento, com predomínio de enfrentamento focalizado no problema. Em mulheres e pessoas com escolaridade baixa predominaram o enfrentamento focalizado na emoção e a busca de práticas religiosas.

Seidl, Rossi, Viana, Meneses, e Meireles (2005) investigaram as estratégias de enfrentamento e a adesão ao tratamento em crianças e adolescentes soropositivos infectados por meio de transmissão vertical. Os resultados revelaram a presença de dificuldades na

adesão ao tratamento e predomínio de estratégias de enfrentamento religiosas, como busca de práticas religiosas/pensamento fantasioso, além de focalização no problema.

Seidl e Machado (2008) investigaram os efeitos da lipodistrofia (efeito colateral progressivo decorrente do uso de medicamentos antirretrovirais que ocasiona mudanças corporais de aumento ou perda de gordura e alterações no metabolismo glicêmico, resistência insulínica e dislipidemia) sobre o bem-estar psicológico e a adesão ao tratamento antirretroviral, além de identificarem as estratégias de enfrentamento utilizadas por pessoas soropositivas afetadas por essa síndrome. Os resultados deste estudo apontaram que a descoberta e a vivência da lipodistrofia podem afetar o bem-estar psicológico, ocasionando em uma diminuição da autoestima, uma percepção negativa da imagem corporal e evitação de contatos interpessoais. Contudo, a adesão ao tratamento não sofreu impacto de tais efeitos. As estratégias de enfrentamento relatadas pelos participantes foram sobretudo, a prática de atividade física, o uso de roupas que escondam as mudanças corporais, a realização de procedimentos estéticos e a adoção de novos hábitos alimentares.

Freitas, Galvão, Araújo, Costa e Lima (2012) realizaram um estudo qualitativo que buscou descrever as estratégias de enfrentamento experienciadas por homens soropositivos ao HIV em seus ambientes de trabalho. As categorias encontradas a partir de uma análise de conteúdo realizada pelos autores foram: “Afastamento do trabalho em virtude da infecção”, “Subterfúgios para omissão da doença”, “Desrespeito ao sigilo no ambiente de trabalho”, “Sofrimento associado ao medo da rejeição e do preconceito”, “Formas de enfrentamento após o diagnóstico da doença” e “Importância do trabalho para a realização pessoal”. Estes resultados evidenciaram um predomínio de estratégias negativas de enfrentamento, tais como a fuga e a negação da condição de soropositivo no ambiente de trabalho em prol de manter-se no emprego.

Earnshaw, Lang, Lippitt, Jin e Chaudoir (2015) avaliaram o papel do apoio social, do enfrentamento adaptativo e da centralidade da identidade soropositiva sobre a resiliência, e sua relação com sintomas relacionados ao HIV em indivíduos soropositivos. A partir da realização de análises de mediação e moderação, os autores observaram que o apoio social instrumental, o apoio comunitário percebido e a centralidade da identidade do HIV tiveram impacto sobre os sintomas do HIV apenas quando os indivíduos apresentavam baixos níveis de resiliência.

Renesto, Falbo, Souza e Vasconcelos (2014) investigaram o enfrentamento e as percepções de mulheres em relação à descoberta da infecção pelo HIV por meio de um estudo qualitativo. Os resultados demonstraram duas categorias “estigma” e “discriminação”. Em específico, verificaram que as mulheres apresentavam trajetórias de vida marcadas pelo estigma, percebido como discriminação desde o diagnóstico e nas vivências do cotidiano. A revelação da infecção foi sentida como limitante, o que desencadeou a necessidade de ocultação do diagnóstico. Em síntese o estudo destacou que a convivência com o HIV está fortemente ligada ao estigma.

Han et al., (2015) avaliaram a associação entre racismo, estratégias de enfrentamento e risco sexual de transmissão de HIV em homossexuais afro-americanos, asiáticos e latino-americanos. Quase dois terços (65%) da amostra relatou sentir-se estressado como consequência do racismo vivenciado na comunidade gay. Em geral, 51% da amostra relatou ter utilizado preservativos em suas relações sexuais nos últimos seis meses. Os resultados de uma análise multivariada mostraram efeitos estatisticamente significativos do estresse decorrente do racismo, controladas as variáveis etnia, idade, natividade, estado civil, nível educacional e estado sorológico do HIV. Não houve relação significativa entre tipos de enfrentamento e estresse, entretanto, o enfrentamento evitativo pareceu aumentar o comportamento de não utilizar preservativo nas relações sexuais.

Lyimo et al., (2014) testaram um modelo teórico de adesão ao tratamento antirretroviral que investigava as inter-relações entre estigma (percebido e auto-estigma), divulgação do estado sorológico (voluntária e involuntária), enfrentamento (positivo, religioso e negativo) e adesão ao tratamento antirretroviral (avaliada como tomada efetiva de medicação nos últimos seis meses) em pacientes infectados pelo HIV. Os dados foram examinados utilizando análises de correlação e regressão. As análises mostraram que o estigma percebido estava relacionado principalmente à revelação involuntária, enquanto o autoestigma estava relacionado à revelação voluntária. O enfrentamento religioso relacionou-se positivamente com a aceitação, enquanto que o estigma percebido explicou os níveis mais altos de negação do status do HIV. A adesão ao tratamento foi negativamente afetada pelo uso de álcool, autoestigma e negação, ou seja, a adesão foi predominantemente predita por mecanismos de enfrentamento negativos. Os autores sugerem ainda que a substituição de mecanismos de enfrentamento não-adaptativos, ativos, como negação e o uso de álcool por um estilo de adaptação mais adaptável, poderia ser uma estratégia importante para melhorar a adesão a longo prazo à TAR e o bem-estar dos pacientes.

Lee, Nezu e Nezu (2014) examinaram as relações entre tipos positivos e negativos de enfrentamento religioso, depressão e qualidade de vida, avaliando o papel mediador da descoberta de benefícios na relação entre o enfrentamento religioso e a adaptação psicológica positiva em indivíduos com imunodeficiência adquirida (AIDS). Os resultados da análise hierárquica múltipla revelou que o enfrentamento religioso negativo estava significativamente associado a um alto nível de sintomas depressivos e a um baixo nível de qualidade de vida, controlando variáveis demográficas e clínicas. Por outro lado, o enfrentamento religioso positivo foi significativamente associado com o afeto positivo e com a satisfação com a vida, mas não o fez com sintomas depressivos globais. Os testes das análises de mediação mostraram que a descoberta de benefícios mediou completamente a

relação entre o enfrentamento religioso positivo e os subdomínios positivos da adaptação psicológica.

Yeji et al., (2014) avaliaram a relação entre os índices de depressão entre adultos infectados pelo HIV que estavam em tratamento antirretroviral, o apoio social e as estratégias de enfrentamento na zona rural da África do Sul. As estimativas de prevalência da depressão variaram de 33% a 38%. Apenas o apoio social instrumental (assistência financeira, bens materiais ou serviços), e não o apoio social emocional (empatia, amor, confiança ou aceitação), foi significativamente associado com menor probabilidade de depressão [razão de chances ajustada (OR) = 0,65, intervalo de confiança de 95% (IC) 0,52-0,81,  $p < 0,001$ ], ao controlar o sexo, a idade, o estado civil, a educação, a renda familiar e a contagem de células CD4. Além disso, o uso da "evitação de pessoas" como estratégia de enfrentamento para lidar com o HIV foi associado a uma probabilidade quase três vezes maior de depressão (OR = 2,79, CI: 1,34-5,82,  $P = 0,006$ ).

Ying-Xia e colaboradores (2014) exploraram os sentimentos, as experiências e as estratégias de enfrentamento de pessoas que vivem com HIV/ AIDS em um estudo qualitativo na China. Os resultados demonstraram sentimentos de estigmatização severa percebidos pelos participantes, baixa autoestima e desespero. No tocante aos tipos de enfrentamento, dividiram-se em nível interpessoal e intrapessoal, de modo que surgiram maneiras distintas de enfrentamento utilizados para lidar com o estigma associado ao HIV: (1) Compaixão (Passivo / Evitação-Interpessoal); (2) Esconder o status de HIV (Passivo / Evitação-Intrapessoal); (3) Apoio social (Ativo / Foco no problema-interpessoal) e (4) Autocuidado (Ativo / Foco no problema-intrapessoal).

Diante dos estudos apresentados, percebe-se uma prevalência de temáticas associadas a aspectos negativos e patológicos relacionados à condição de soropositividade ao HIV, sobretudo destacando o estigma e a discriminação. Neste cenário, demonstra-se a relevância

de utilizar de conhecimentos da psicologia positiva para ampliar o campo teórico dos estudos sobre adesão ao tratamento antirretroviral. Sendo assim, o tópico que segue destina-se a explicar sobre a segunda variável utilizada nesta dissertação para contribuir na compreensão da adesão ao tratamento.

### **2.3 Positividade**

É possível observar que nas últimas décadas uma quantidade considerável de pesquisadores tem se dedicado a investigar aspectos e características favoráveis ao funcionamento ideal dos seres humanos (Caprara, Alessandri, & Barbaranelli, 2010). Nesse sentido, as características psicológicas positivas que influenciam os indivíduos a exercerem suas potencialidades, lidarem positivamente com as inevitáveis adversidades, erros e perdas da vida, bem como gerenciarem com sucesso seu cotidiano e contribuírem de modo eficaz para seu grupo, têm sido objeto de estudo (Fredrickson, 2009; Gable & Haidt, 2005; Seligman & Csikszentmihalyi, 2000).

Diversos autores têm buscado identificar os principais indicadores desse pleno funcionamento a fim de estruturar intervenções que permitam auxiliar os indivíduos a exercerem melhor suas capacidades (Oudou & Vella-Brodrick, 2013; Rashid, 2009). Dentre os principais construtos investigados estão a felicidade (Lyubomirski & Lepper, 1999), a resiliência (Werner, 2013), o otimismo (Carver, Scheier, & Segerstrom, 2010), a esperança (Snyder, Rand, & Sigmon, 2002), o bem-estar subjetivo (Diener, 2013), a autoestima (Rosenberg, 1965), a satisfação com a vida (Diener, Emmons, Larsen, & Griffin, 1985) e, mais recentemente, a positividade (Fredrickson, 2009; Jayawickreme & Pawelski, 2012), sendo todos estes aprofundados dentro do campo da Psicologia Positiva.

Não há consenso teórico quanto a definição da positividade, uma vez que ela é compreendida desde um “pensamento positivo” (Caprara & Steca, 2005; Scheier & Carver, 1993), ou uma “orientação positiva” (Caprara et al., 2012a; 2012b), até um traço de

personalidade (Caprara e colaboradores (2012b)). Pode-se considerar de modo geral que o construto está relacionado à prevalência de avaliações positivas que um indivíduo realiza frente aos diversos aspectos e situações da vida (Diener et al., 2000). Há uma tendência teórica que a considera como uma dimensão latente que encontra-se no núcleo da autoestima, da satisfação com a vida e do otimismo (Caprara et al., 2010; Caprara et al., 2012b). Nessa direção, a positividade é entendida no presente trabalho como um modo geral de avaliar, visualizar e interpretar positivamente os eventos, que afeta significativamente a maneira como os indivíduos predispõem-se às ações e experiências.

Pode-se assumir que a positividade seria uma dimensão latente que explica as variações e a estabilidade em relação aos níveis de autoestima, satisfação com a vida, otimismo e esperança, mesmo considerando as mudanças que ocorrem no ambiente (Caprara et al., 2012a; 2012b; Caprara & Steca, 2005; 2006; Caprara et al., 2010). Observa-se, portanto, que a positividade exerce influência sobre o comportamento e as respostas frente a acontecimentos estressores, assim como sobre as crenças que os indivíduos possuem acerca do futuro (Fredrickson, 2009; Scheier & Carver, 1993).

No campo dos estudos sobre orientação para o futuro, Snyder e Lopez (2009) expõem sobre variáveis importantes e que, segundo eles, estão inerentemente relacionadas a como os indivíduos percebem o que está por vir. Inicialmente, os autores abordam que é no futuro onde há a possibilidade de mudanças e de melhorias na vida, e utilizam de outros construtos da Psicologia Positiva para descrever de modo mais ilustrativo essa orientação. O primeiro construto mencionado é a autoeficácia, que, conforme Bandura (1997, p.7), refere-se às “crenças das pessoas em suas capacidades de produzir efeitos desejados por meio de suas próprias ações”. Além desse, considera-se o otimismo e a esperança, de modo que o otimismo remete à expectativa de que coisas boas irão acontecer (Scheier & Carver, 1985), e a esperança, por sua vez, trata-se de um pensamento orientado por objetivos, no qual a pessoa

é capaz de traçar rotas para alcançá-los à medida em que possui as motivações necessárias para usar essas rotas (Snyder, 1994). Ambos remetem à características individuais que se relacionam fortemente com a positividade.

Estudos têm evidenciado que a positividade associa-se positivamente com afetos positivos, extroversão, amabilidade, qualidade de amizades, resiliência, valores básicos, confiança, bem-estar psicológico, estabilidade emocional, crenças de autoeficácia, além de pró-sociabilidade e ajustamento entre domínios de funcionamento, tais como família, escola, trabalho e engajamento cívico (Alessandri, Caprara, & Tisak, 2012; Caprara, Alessandri, & Barbaranelli, 2010). Em contrapartida, associações negativas foram averiguadas entre orientação positiva, hostilidade, irritabilidade, violência e queixas somáticas. Os achados longitudinais atestam que a positividade sofre pouca variação entre a adolescência e a fase adulta (Alessandri, Caprara, & Tisak, 2012), e, em conjunto, estas descobertas apontam a existência de uma predisposição básica que explica, em grande medida, o ajuste e a realização de um indivíduo (Caprara, Fratte, & Steca, 2002; Caprara et al., 2010).

Caprara e colaboradores (2010) atestam que o componente de herdabilidade genética contribui consideravelmente para a orientação positiva de um sujeito, porém certificam que este fator não é o único responsável pela eminência dessa característica em qualquer comportamento. A razão, para esses autores, é que a relevância da experiência não deve ser subestimada, devendo a orientação positiva ser pensada como um “potencial”, que, em termos de autoestima, satisfação com a vida e otimismo, por exemplo, depende também de circunstâncias ambientais e da capacidade do indivíduo administrar as próprias vivências. Por tudo isso, pesquisadores e profissionais da saúde têm se deparado com o desafio de pensar e projetar intervenções com o objetivo de desenvolver e fortalecer uma percepção positiva dos sujeitos sobre si mesmos, sobre a vida e sobre o futuro (Caprara, Alessandri, & Barbaranelli, 2010).

Com o intuito de avaliar os níveis de positividade em adultos, Caprara et al. (2012a; 2012b) desenvolveram a *Positivity Scale* ou *P-Scale*, em português Escala de Positividade (EP). Este instrumento é composto por oito itens que estimam a visão positiva que as pessoas têm de si mesmas, da vida e do futuro. Esta escala tem sido utilizada transculturalmente e tem admitido uma estrutura unifatorial em países como Itália, Alemanha, Japão e Canadá (Caprara et al., 2012a; 2012b).

A Escala de Positividade foi traduzida, adaptada e validada para o contexto nacional por Souza et al. (2014), que utilizaram uma amostra de 490 participantes, dividida entre dois estudos. O primeiro estudo reuniu 200 paraibanos, com idade média de 23,4 anos ( $DP = 4,53$ ), enquanto o estudo 2 contou com a participação de 290 estudantes universitários ( $M = 23,9$ ;  $DP = 7,60$ ). Esses autores realizaram análises fatoriais exploratórias e confirmatórias que constataram uma solução unifatorial para a medida, corroborando os achados da versão original (Caprara et al., 2012a).

Borsa, Damásio e Koller (2016), seguindo as diretrizes do *Standards for educational and psychological testing* (AERA; APA; NCME, 1999) sobre buscar evidências contínuas de validade para um instrumento psicológico, demonstraram que a EP é uma medida confiável e que pode ser utilizada indistintamente para homens e mulheres, sem qualquer viés prejudicial. Além disso, esse estudo comprovou que a estrutura da EP engloba os construtos autoestima, satisfação com a vida, esperança e otimismo, o que torna a medida capaz de avaliar todos estes aspectos através de uma única escala.

Caprara e colaboradores (2012b) ao defender que a positividade seria um traço de personalidade, realizaram estudos em diferentes países. Estes autores coletaram dados na Itália, Japão e Alemanha e buscavam confirmar achados anteriores que propunham a associação entre positividade, otimismo e satisfação com a vida. O estudo contou com a participação de 564 italianos, com idades entre 19 e 29 anos ( $M = 21,68$ ;  $DP = 1,60$ ); 203

japoneses, com idades variando de 18 a 28 anos ( $M = 19,21$ ;  $DP = 1,40$ ); além de 483 alemães, obedecendo à faixa etária entre 18 e 26 anos ( $M = 21,43$ ;  $DP = 1,45$ ). Entretanto, é importante ressaltar que quase a totalidade dos sujeitos eram estudantes universitários.

Os achados desse trabalho evidenciaram também que a autoestima mostrou-se como o principal componente da orientação positiva através das culturas, o que reforça estudos prévios que atribuem à essa característica um papel fundamental na forma como as pessoas veem o mundo, e como conduzem o otimismo e a satisfação com a vida (Alessandri, Caprara, & Tisak, 2012; Caprara, Alessandri, & Barbaranelli, 2010). A hipótese desses autores foi corroborada, de modo que os resultados mostraram um padrão de relações entre autoestima, satisfação com a vida e otimismo em todos os países, mesmo considerando as diferenças significativas nas médias entre os países orientais e ocidentais.

Não foram encontrados estudos sobre positividade em amostras de pessoas com HIV/AIDS, contudo, há estudos que avaliam a percepção de pessoas quanto a considerarem suas vidas positivas, como o desenvolvido por Emlet, Harris, Furlotte, Brennan, e Pierpaoli (2016). Os autores analisam as experiências vividas por idosos HIV-positivos, na busca por compreender o envelhecimento bem sucedido. Os resultados mostraram que a presença de estratégias de resiliência, apoio social e contexto ambiental contribuíam para a percepção de vida mais positiva. Além disso, o estigma e as dificuldades para manter a saúde foram identificados como obstáculos ao sucesso do envelhecimento. Estes achados confirmam o que foi exposto em pesquisas anteriores aqui descritas, que evidenciam o forte papel de características pessoais positivas como a resiliência e a positividade, assim como da importância do entorno social, quando este funciona como apoio e suporte. Nesta direção, é fundamental conhecer potenciais explicadores destas potencialidades pessoais positivas, dentre eles, destaca-se o papel dos valores humanos básicos (Aguiar, 2012; Aquino, 2009; Fonseca et al., 2006; Zambrano, 2012).

Neste interim, considera-se importante tomar esta temática no presente trabalho, a qual é abordada de maneira mais detalhada no próximo capítulo.

**CAPÍTULO 3. ORIENTAÇÕES AXIOLÓGICAS**

---

---

Este capítulo objetiva apresentar um breve histórico do estudo dos valores humanos, sua definição, abordar sobre a diversidade de pressupostos teóricos e explanar de maneira especial sobre a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos (Gouveia, 1998, 2003, 2013; Gouveia, Milfont, & Fischer, 2009; Gouveia, Milfont, Fischer, & Santos, 2008), a qual embasa a presente dissertação.

### **3.1. Breve histórico dos Valores Humanos**

O interesse em se conhecer, definir e mensurar os valores humanos, assim como a maior possibilidade de entendimento de como esse construto se estrutura, estão presentes desde o estabelecimento do pensamento filosófico. De tal forma, a importância em se estudar a temática se dá pelo papel de suma importância exercido na seleção de julgamentos, atitudes e ações humanas (Pimentel, 2004; Rokeach, 1981).

O estudo dos valores humanos passou a ter ênfase em Psicologia Social a partir dos achados de Milton Rokeach entre os anos de 1960 e 1970. Neste período foi elaborado o primeiro instrumento psicológico para mensurar diretamente o construto (Rokeach, 1973). Havia a compreensão de valores enquanto tipos de orientação que exerciam influência na seleção de comportamentos, julgamentos e atitudes (Gouveia et al., 2008). Somado a tais contribuições, este cenário de destaque se deu graças aos problemas conceituais e metodológicos que tiraram a posição de centralidade dos estudos sobre atitudes na Psicologia Social, o que proporcionou uma mudança de foco, favorecendo o estudo dos valores (Gouveia, 1998).

Na conjuntura atual há o interesse de diversos estudiosos em investigar o papel dos valores humanos na explicação de inúmeros comportamentos sociais, tais como, bem estar subjetivo (Fonseca, Chaves, & Gouveia, 2006; Albuquerque, Noriega, Coelho, Neves & Martins, 2006) e o altruísmo (Gouveia, Santos, Athayde, Souza & Gusmão, 2014).

De modo geral, os estudos acerca dos valores humanos vêm sendo analisados mediante duas correntes teóricas, uma sociológica (nível cultural) e uma psicológica (nível individual). No que diz respeito à perspectiva sociológica, os modelos teóricos têm como base as pontuações médias das culturas (geralmente países) e buscam conhecer ou testar determinada estrutura teórica ou dimensões valorativas em contextos específicos. Dentre os principais autores dessa perspectiva, citam-se Ronald Inglehart (1977) com o modelo de valores materialistas e pós-materialista e Geert Hofstede (1984) com sua tipologia de valores individualistas e coletivistas.

No que concerne à perspectiva psicológica, esta centra-se em caracterizar as prioridades que orientam os sujeitos no meio social, sendo comumente atreladas a tomadas de decisões e atitudes expressas pelos indivíduos (Ros, 2006). Dentro dessa perspectiva, estão os autores Milton Rokeach (1973), Shalom Schwartz (1992) e Valdiney Gouveia (1998, 2003, 2013). Considerando que o foco da presente dissertação dará maior ênfase à perspectiva psicológica, utilizar-se-á como base teórica valorativa a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos.

Na perspectiva teórica voltada para os valores individuais, o estudo de Rokeach (1973) propôs uma classificação de valores como instrumentais (vistos como modos de comportamento desejáveis, a exemplo da ambição e independência) e terminais (tidos como estados finais de existência, como por exemplo a liberdade e vida confortável) (Chaves, 2006).

Tomando como base o estudo de Rokeach (1973), Shalom Schwartz (1992) sistematizou os valores em tipos motivacionais, considerando dez tipos motivacionais, dando origem, assim ao *Schwartz Value Survey* (SVS), que consta com 56 itens, dispostos nos dez tipos de valores (Tamayo & Schwartz, 1993).

Posteriormente, no intento de suprir as limitações das teorias anteriores (Hofstede, 1984; Inglehart, 1977; Rokeach, 1973; Schwartz, 1994) no tocante à natureza dos valores (benévola ou malévola), como também à falta de clareza quanto à concepção de homem (valores positivos ou negativos), Valdiney Veloso Gouveia (1998), juntamente com seus colaboradores (Gouveia, 2003; Gouveia et al., 2008; Gouveia, Milfont, & Fischer, 2009) elaborou a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos.

Ao propor a *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos*, Gouveia (2013) pretendeu dar ênfase a uma questão crucial: para que servem os valores? Dessa forma, o autor em questão assegura como resposta que os valores são úteis na explicação de atitudes, crenças e comportamentos dos indivíduos no cotidiano.

De tal modo, considera-se na presente dissertação, este modelo específico, o qual apresenta diversas evidências que corroboram a adequabilidade desse modelo por meio de parâmetros psicométricos e de sua relação com outros construtos (Gouveia, 2013). Além de apresentar evidências empíricas em mais de 20 estados no contexto brasileiro (Araújo, 2016; Medeiros, 2011) e em mais de 50 países, abrangendo em média mais de 100.000 participantes (Gouveia, Milfont & Guerra, 2014a, 2014b). Isso posto, compreende-se este modelo como uma proposta mais integradora, parcimoniosa e teoricamente fundamentada (Gouveia, Milfont, Fischer & Santos, 2008). Para um melhor entendimento da Teoria Funcionalista dos Valores Humanos e sua perspectiva de assumir o papel dos valores como princípios-guia na vida dos indivíduos, considera-se pertinente explanar sobre a mesma a seguir.

### **3.2 Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: Pressupostos teóricos e Conceituais**

Após dedicar-se ao estudo dos valores a partir dos pressupostos teóricos de autores como Rokeach, Kohn, Inglehart e Schwartz, verificando as contribuições de cada teoria, Gouveia (1998) observou algumas limitações nestes estudos, e a partir do interesse em

aprofundar-se e compreender a fonte e natureza dos valores, ele propôs a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos. De acordo com o autor, os valores podem ser definidos como (1) critérios de orientação que guiam as ações humanas e (2) expressam cognitivamente suas necessidades básicas (Gouveia et al., 2009; Gouveia, 2013; Gouveia, Milfont, Vione, & Santos, 2015). Ademais, o presente modelo assume alguns pressupostos fundamentais, que compreendem o núcleo fundamental da teoria: *natureza humana, princípios guias individuais, base motivacional, caráter terminal e condição perene* (Gouveia, 2013).

*Natureza humana.* Ao reportar-se à *natureza humana*, o modelo defende o aspecto benevolente natural do ser humano, sendo esta uma característica epistemológica da teoria e seu pressuposto fundamental. Desta maneira, o homem é visto como naturalmente bom (Maslow, 1954), orientando-se a partir dos aspectos positivos da vida, justificando o fato de que falar em valores apenas faz sentido quando estes são tomados como atributos positivos. Gouveia (2013) complementam esta colocação abordando que mesmo que todos os valores sejam caracteristicamente positivos, algumas pessoas priorizam excessivamente uns em detrimento de outros, o que pode resultar em condutas desviantes, fazendo-se necessário pontuar que todos os valores são positivos em sua essência (Medeiros, et al., 2012).

*Princípios-guia individuais.* A Teoria Funcionalista dos Valores Humanos considera os valores como individuais, sem a existência de razão para uma estrutura diferente ao considerar-se as pontuações separadas por pessoas ou agregadas por país. *Nessa perspectiva*, os valores são *princípios-guia* de pessoas, seja de forma individual ou em grupo e funcionam como padrões gerais de orientação para o comportamento dos indivíduos, não sendo específicos de determinadas situações (Gouveia, Milfont, & Guerra, 2014a, 2014b).

*Base motivacional.* A presente teoria, ao admitir a natureza humana como benévola, assume apenas necessidades positivas. A agressão, por exemplo, não é em si, percebida como uma necessidade, mas compreende a resposta para a não satisfação de uma necessidade

(Maslow, 1954). Neste sentido, os valores representam cognitivamente não apenas necessidades individuais, mas também questões institucionais e da sociedade (Rokeach, 1973; Schwartz, 1992). Essas questões podem ser entendidas como pré-condições para a realização das necessidades individuais (Maslow, 1954), restringindo os impulsos pessoais e garantindo um ambiente seguro e estável. Os valores que representam as necessidades de segurança e controle, por exemplo, podem retratar essas pré-condições mencionadas anteriormente (Maslow, 1954; Ronen, 1994).

*Caráter terminal.* Os valores evidenciam um fim em si, são uma orientação geral que transcende a um contexto específico, contemplam metas superiores que vão além daquelas imediatamente biológicas (Gouveia, 2013).

*Condição perene.* Considera-se que as sociedades são concebidas tendo uma dinâmica própria, primando por valores que tornam a convivência harmoniosa entre seus membros. Os valores estão presentes em todas as culturas como representação das necessidades humanas, refletindo as principais funções subjacentes (Gouveia, *et al.*, 2008; Gouveia, *et al.*, 2009). Ademais, vale ressaltar que alguns valores podem fazer-se mais presentes que outros, sendo mais demandados a partir das especificidades culturais, condições de vida e processos socioeconômicos, não implicando desta maneira na inexistência dos demais (Inglehart, 1991). Tomando este pressuposto, considera-se que os valores são sempre os mesmos entre os indivíduos de qualquer cultura, o que muda são as prioridades que estes atribuem aos valores, ou especificamente às subfunções valorativas (Rokeach, 1973). As prioridades valorativas podem ser desenvolvidas a partir das interações e experiências de cada pessoa, no entanto, os valores não se constroem a curto ou médio prazo, eles compreendem opções em um mapa axiológico, sendo acessados em função de características pessoais e culturais (Gouveia, Vione, Milfont, & Fischer, 2015).

O foco principal da teoria funcionalista dos valores humanos compreende as funções dos valores, de modo que Gouveia (1998, 2003) identifica na literatura duas funções consensuais dos valores: (1) *guiam as ações humanas* (Rokeach, 1973; Schwartz, 1992) e (2) *expressam suas necessidades* (Inglehart, 1977; Maslow, 1954). Em seguida, serão descritas de maneira mais detalhada as funções e subfunções valorativas.

### 3.3 Funções dos Valores

Existem valores enquanto padrões que *guiam comportamentos*, os quais podem ser pessoais, centrais ou sociais, e existem valores que podem *expressar necessidades*, através de dois padrões: idealista ou humanitário, e materialista ou pragmático (Gouveia, 2013).

No tocante à função de *guiar comportamentos*, pessoas que são guiadas por valores pessoais, geralmente são egocêntricas, possuindo foco intrapessoal (metas pessoais) (Gouveia *et al.*, 2003; Mueller & Wornhoff, 1990; Schwartz, 1992). Em contrapartida, pessoas que guiam-se por valores sociais, são centradas na sociedade, agem tendo em conta o coletivo, e preocupam-se com o bem-estar da comunidade.

Ademais, um terceiro grupo de valores emerge, não sendo completamente *sociais* ou *pessoais*, sendo denominados por Gouveia (1998, 2003, 2013) como centrais, considerados como a espinha dorsal da organização valorativa, situando-se entre os valores *social* e *pessoal*. Portanto, verifica-se que a função dos valores como *guia de comportamentos* é identificada através da dimensão funcional denominada *tipo de orientação*. Observando-se a existência de três possibilidades: *social* (o indivíduo na comunidade), *central* (o propósito geral da vida) e *pessoal* (o indivíduo por si mesmo) (Gouveia, 2013).

A segunda função valorativa refere-se a *dar expressão às necessidades humanas*, e parte do princípio de que os valores têm uma base nas necessidades humanas, embora não

exista uma estreita correspondência. Esta função se dividi em dois tipos de motivadores: valores *materialistas* (pragmáticos) e *humanitários* (idealistas) (Medeiros et al., 2012).

Os valores *materialistas* relacionam-se a ideias práticas, de modo que as pessoas que os têm como princípios guia em suas vidas são orientadas a partir de metas específicas e regras normativas, dando importância à própria sobrevivência e a meios que permitam sua seguridade. Todos os comportamentos visam a segurança, seja individual ou grupal. Individualmente (combinado com a orientação pessoal), pode significar a rejeição da diferença, com foco extrínseco, buscando êxito e ganhos pessoais. Ademais, no coletivo, com a orientação social, pode implicar maior resistência à mudança, endossando padrões rígidos de relações interpessoais (Gouveia et al., 2008, 2009).

No que diz respeito aos valores *humanitários*, tem-se que eles referem-se a expressão de orientação universal, baseada em ideias e princípios abstratos. Observa-se a importância dada aos valores humanitários em pessoas que são coerentes a um espírito inovador de uma mente aberta, com menos dependência de bens materiais, que consideram a igualdade entre as pessoas, além de apreciarem as relações interpessoais com um fim (Gouveia et al., 2014).

Neste sentido, é válido mencionar que a Teoria Funcionalista dos Valores Humanos não assume os tipos descritos anteriormente como contrários, mas como características que se complementam, compondo o sistema axiológico de uma pessoa (Gouveia, 2013).

### **3.4 Subfunções Valorativas**

As duas funções recém descritas (guiar os comportamentos humanos, e dar expressão às necessidades humanas), são consideradas como fundamentais para apreender o universo valorativo (Gouveia, 2013). No entanto, a teoria funcionalista busca desdobrar essas funções, definindo seis subfunções valorativas que originam-se a partir do cruzamento dos dois eixos funcionais correspondentes. O eixo horizontal caracteriza a função dos valores

para dar expressão às necessidades humanas, englobando a dimensão funcional *tipo de motivador* (valores materialistas ou humanitários). Já o e o eixo vertical expressa a função dos valores para guiar ações humanas, representando a dimensão funcional *tipo de orientação* (valores sociais, centrais ou pessoais) (Gouveia, Fonsêca, Milfont, & Fischer, 2011; Gouveia et al., 2014).

As seis subfunções valorativas são definidas por: *experimentação*, *realização*, *existência*, *suprapessoal*, *interativa* e *normativa*. Além disso, os três tipos de orientação são representados por duas subfunções: *social* (normativa e interativa), *central* (existência e suprapessoal) e *pessoal* (realização e experimentação). Por conseguinte, têm-se as subfunções originadas a partir do desdobramento dos tipos de motivadores, em que cada um é representado por três subfunções: *materialista* (existência, normativa e realização) e *humanitário* (suprapessoal, interativa e experimentação). Neste sentido, percebe-se que esses desdobramentos refletem seis quadrantes valorativos: social-materialista, central-materialista, pessoal-materialista, social-humanitário, central-humanitário e pessoal-humanitário, os quais podem ser visualizados logo a seguir na figura 02.

		<b>Valores como padrão-guia de comportamentos</b>		
		<i>Metas pessoais</i> (o indivíduo por si mesmo)	<i>Metas centrais</i> (o propósito geral da vida)	<i>Metas sociais</i> (o indivíduo na comunidade)
<b>Valores como expressão de necessidades</b>	<i>Necessidades idealistas</i> (a vida como fonte de oportunidades)	<b>Experimentação</b> Emoção Sexualidade Prazer	<b>Suprapessoal</b> Beleza Conhecimento Maturidade	<b>Interativa</b> Afetividade Apoio social Convivência
	<i>Necessidades materialistas</i> (a vida como fonte de ameaça)	<b>Realização</b> Êxito Poder Prestígio	<b>Existência</b> Estabilidade Saúde Sobrevivência	<b>Normativa</b> Obediência Religiosidade Tradição

Figura 02. Funções, subfunções e valores específicos (Gouveia, 2013).

Gouveia (2013) defende que as seis subfunções valorativas, em graus diferentes, enfatizam o ajuste do indivíduo à sociedade e às suas instituições, mas também acentuam sua sobrevivência. Deste modo, alguns valores estão mais relacionados à busca de ajustamento social do que outros, em especial aqueles que enfatizam a orientação social e o motivador materialista, sendo estes os valores que cumprem a subfunção *normativa*. A seguir serão descritas de maneira mais detalhada as subfunções valorativas.

*Valores Pessoais.* Indivíduos que adotam os valores pessoais procuram alcançar *metas pessoais*, garantia de benefícios próprios e condições propícias para o alcance de seus objetivos, sendo caracterizadas pelas seguintes subfunções:

*Subfunção realização.* Esta subfunção é caracterizada por um motivador materialista, ligada a uma necessidade de autoestima. Neste sentido, pessoas que tendem a valorar esta subfunção baseiam-se na demonstração de competência pessoal. Além disso, o *êxito*, o *prestígio* e o *poder* são vistos como representantes desta subfunção (Gouveia, 2013).

*Subfunção experimentação.* Os valores desta subfunção demonstram uma necessidade de satisfação pessoal, em que o princípio da busca pela experimentação através do prazer é fundamental. Para isto, esta subfunção é representada por valores de *sexualidade*, *prazer* e *emoção*.

*Valores Sociais.* Os indivíduos que priorizam as *metas sociais*, por sua vez, enfatizam a convivência social, enfocando os interesses coletivos e a busca por aceitação e integração ao grupo, sendo tais valores subdivididos nas seguintes subfunções:

*Subfunção interativa.* Tal subfunção possui uma orientação social, sendo representada pelas necessidades de amor, pertença e afiliação (Maslow, 1954). Deste modo, a *afetividade*, a *convivência* e o *apoio social*, são valores específicos que podem ser adotados para representar esta subfunção (Gouveia, 2013).

*Subfunção normativa.* As pessoas que priorizam esta subfunção dão importância à preservação cultural e normas convencionais. Marcada pelos valores de *obediência, religiosidade e tradição.*

*Valores Centrais.* Nessa sequência, as pessoas que priorizam *metas centrais* orientam-se por princípios que servem a interesses do eixo central das necessidades, contrastando aquelas mais básicas e as mais elevadas. Estes valores se localizam entre os *pessoais e sociais*, sendo formados pelas subfunções valorativas a seguir:

*Subfunção suprapessoal.* Os valores desta subfunção representam as necessidades de estética, cognição e autorrealização (Maslow, 1954; Ronen, 1994), o que leva o indivíduo a ter clareza e coerência na organização cognitiva. *Conhecimento, maturidade e beleza*, são valores que caracterizam esta subfunção (Gouveia, 2013).

*Subfunção existência.* O propósito principal dos valores de existência é garantir as condições básicas para a sobrevivência biológica (comer, beber e dormir) e psicológica (necessidade de segurança) do indivíduo. Ademais, verificam-se três valores que funcionam como indicadores dessa subfunção: *saúde, sobrevivência e estabilidade pessoal.*

Ademais, faz-se necessário retomar que na Teoria Funcionalista não se admite o conflito inerente aos valores, ou seja, todos os valores são considerados desejáveis e positivos. Neste sentido, argumenta-se que pessoas maduras, satisfeitas e autorrealizadas apresentam um sistema de valores harmonioso, ao avaliar todas as subfunções como importantes (Maslow, 1954).

Neste sentido, percebe-se que a presente teoria cumpre seu papel, ao colaborar no conhecimento acerca dos princípios que guiam a vida das pessoas, constatando-se desta forma, uma teoria parcimoniosa e axiomatizada. Ao trabalhar com categorias de análise, ou seja, funções e subfunções valorativas, reunidas em uma estrutura organizada, permite a explicação de atitudes, crenças e comportamentos humanos (Gouveia, 2013). Ainda de

acordo com Gouveia et al. (2008), os valores estão correlacionados positivamente entre si, e há variações na magnitude dessas correlações em cada indivíduo.

### 3.4.1. Hipótese de Conteúdo e Congruência dos valores

A referida teoria propõe duas hipóteses (i) *congruência* – diz respeito à compreensão do sistema de valores que compõem a estrutura interna, é a consistência interna do sistema funcional de valores; e (ii) *compatibilidade* - avaliação do padrão de associação entre os valores humanos e outros construtos (Gouveia et al., 2008, 2011). Tais hipóteses contrastam os pressupostos de Schwartz (1992), o qual considera a (in)congruência e a (in)compatibilidade como equivalentes. A congruência pode ser representada em forma de hexágono, em que consideram-se as proximidades entre cada par de subfunção valorativa, de tal modo que existem três níveis de congruência: baixa, moderada e alta, os quais são ilustrados na Figura 3.

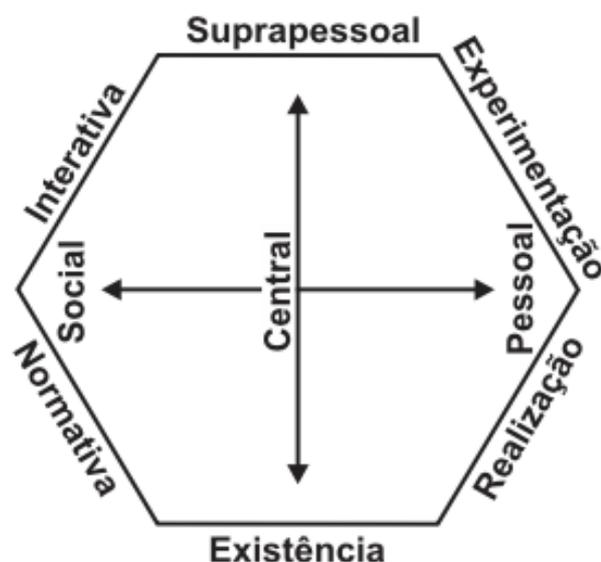


Figura 3. Congruência das subfunções dos valores básicos. (Gouveia, 2013)

Uma baixa congruência é encontrada entre as subfunções que têm diferentes orientações e motivadores, localizando-se nos lados opostos do hexágono. Podem-se citar os valores normativos e de experimentação como exemplo de baixa congruência. Já a congruência moderada é verificada entre as subfunções com o mesmo motivador, entretanto com distintas orientações. Tal nível de congruência é observado nos pares de subfunções dos valores de realização - normativa e experimentação - interativa, as quais correspondem, respectivamente, a metas intrínsecas e extrínsecas. Por fim, encontra-se alta congruência entre as subfunções de mesma orientação, contudo, possuem diferentes motivadores. As subfunções que localizam-se em lados adjacentes do hexágono, especificamente, os pares realização - experimentação e normativa - interativa. Além disso, a teoria aborda que as subfunções existência e suprapessoal referem-se a valores centrais e relacionam-se positivamente com todas as demais subfunções, considerando-se ainda que estas subfunções não são incluídas no hexágono, pois situam-se entre os valores sociais e pessoais, não o fazendo entre os valores materialistas e humanitários.

Isso posto, demonstra que para Gouveia (2003; 2013) não há conflito inerente aos valores, pois mesmo que alguns sejam mais desejáveis do que outros, todos são, em alguma medida, desejáveis, sendo condizentes com a natureza benevolente do indivíduo.

### **3.5 Valores Humanos e Psicologia Positiva**

Ao tratar da natureza essencialmente benévola do homem, a *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos* assume como um dos pressupostos epistemológicos a ideia de que o homem é naturalmente bom em sua essência. Desse modo, os indivíduos orientam-se a partir de aspectos positivos da vida, justificando o fato dos valores serem tomados como características positivas. É nesse contexto, que diversos pesquisadores vêm dispendendo esforços para verificar a influência que os valores assumem em atributos positivos, tais como

o bem-estar subjetivo (Albuquerque et al., 2006; Fonseca, Chaves, & Gouveia, 2006), o altruísmo (Gouveia et al., 2014) e a satisfação com a vida (Nascimento, 2016).

Dessa forma, Fonseca, Chaves e Gouveia (2006) estudaram em que medida os valores humanos estavam correlacionados com o bem estar-subjetivo. Utilizando uma amostra de professores do ensino fundamental, os autores observaram que os valores normativos apresentaram uma correlação positiva com os afetos positivos ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,01$ ) e satisfação com a vida ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,01$ ) e uma correlação negativa com depressão ( $r = -0,13$ ;  $p < 0,05$ ) e a pontuação total do bem-estar ( $r = -0,18$ ;  $p < 0,01$ ).

Na mesma direção, Albuquerque et al., (2006) verificaram em que medida os valores humanos explicavam o bem-estar subjetivo em estudantes universitários. Os resultados mostraram que a satisfação com a vida se correlacionou com as subfunções experimentação ( $r = 0,14$ ;  $p < 0,01$ ), realização ( $r = 0,10$ ;  $p < 0,01$ ), existência ( $r = 0,13$ ;  $p < 0,01$ ), normativa ( $r = 0,17$ ;  $p < 0,01$ ) e interativa ( $r = 0,20$ ;  $p < 0,01$ ). Os afetos positivos, por sua vez, se correlacionaram com as subfunções experimentação ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,01$ ), existência ( $r = 0,11$ ;  $p < 0,01$ ), suprapessoal ( $r = 0,19$ ;  $p < 0,01$ ), normativa ( $r = 0,24$ ;  $p < 0,01$ ) e interativa ( $r = 0,32$ ;  $p < 0,01$ ).

Gouveia et al., (2014) objetivaram conhecer em que medida os valores humanos se correlacionam com o altruísmo em um grupo de doadores e não doadores de sangue. Especificamente ao grupo de doadores de sangue, constatou-se que o altruísmo correlacionou-se com as subfunções experimentação ( $r = 0,34$ ;  $p < 0,05$ ), suprapessoal ( $r = 0,26$ ;  $p < 0,05$ ), interativa ( $r = 0,25$ ;  $p < 0,05$ ) e existência ( $r = 0,30$ ;  $p < 0,05$ ). No que diz respeito a associação de valores e altruísmo no grupo de não doadores foi verificado uma correlação negativa com a subfunção experimentação ( $r = -0,24$ ;  $p < 0,05$ ).

Por meio de uma amostra de estudantes universitários, Nascimento (2016) verificou em que medida a satisfação com a vida poderia ser explicada a partir dos valores humanos e

da crença no mundo justo. A partir disso, o autor observou que a satisfação com a vida se correlacionou com as subfunções normativa ( $r = 0,20$ ;  $p = 0,001$ ) e interativa ( $r = 0,15$ ;  $p = 0,001$ ).

A partir dos estudos supracitados percebe-se que a ênfase em aspectos positivos do ser humano vem ganhando força nos últimos anos, fazendo com que pesquisas centradas apenas em aspectos negativos dos indivíduos começassem a ter em conta também construtos positivos. Desse modo, muitos instrumentos voltados para a mensuração de atributos positivos começaram a ser desenvolvidos, como a escala de qualidade de vida (Resende & Gouveia, 2011), altruísmo (Gouveia, Athayde, Gouveia, Gomes, & Souza, 2010), satisfação com a vida (Gouveia, Barbosa, Andrade, & Carneiro, 2005), vitalidade subjetiva (Gouveia et al., 2012) e positividade (Souza, Araújo, Gouveia, Coelho, & Gouveia, 2014). Estes instrumentos têm favorecido a expansão de estudos no âmbito da psicologia positiva brasileira.

Os valores humanos têm oferecido contribuições importantes na compreensão dos construtos pertencentes a esta área da psicologia. Além disso, por trabalhar com uma orientação de vida para o positivo, os construtos abordados por esta subárea apresentam ampla gama de correlatos adaptativos (Gusmão, Nascimento, & Aquino, 2016). Ao assumir como pressuposto a concepção de que a natureza humana é benévola, justifica-se a escolha dos valores como um construto central, na compreensão das potencialidades humanas como também no estabelecimento de estratégias que promovam estas potencialidades (Gusmão, Nascimento, & Aquino, 2016).

Diante do exposto, observa-se ainda que as possibilidades de aplicação dos conhecimentos oriundos da Teoria Funcionalista dos Valores Humanos são abrangentes, o que reforça e justifica a importância de considerar tal teoria no entendimento de novos construtos, encontrando-se nesta dimensão, a positividade, o *coping* e a adesão ao tratamento

antirretroviral. Para avaliar as relações estabelecidas entre estas variáveis, foi realizado um estudo empírico, o qual será descrito capítulo a seguir.

**PARTE II – ESTUDO EMPÍRICO**

**CAPÍTULO 4. O PAPEL DOS VALORES HUMANOS, DA POSITIVIDADE E DO  
*COPING* SOBRE A ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL**

---

---

## 4.1 Método

Este estudo tem por objetivo avaliar em que medida os valores humanos, a positividade e o *coping* predizem a adesão ao tratamento antirretroviral. Além disso, mensura-se também o papel de variáveis sociodemográficas sobre a adesão ao TARV. Para tal, utilizar-se-á de metodologia quantitativa. Os tópicos seguintes descrevem de melhor maneira como foi realizada esta investigação.

### 4.1.1 Delineamento e hipóteses

Trata-se de um estudo correlacional (*ex post facto*), em que se verificaram as correlações entre os valores humanos, as características pessoais positivas (positividade e *coping*) e a adesão ao TARV, além de observar o poder preditivo das primeiras variáveis sobre a última. A partir dos objetivos propostos, formularam-se hipóteses divididas em quatro blocos: o primeiro tem em conta as relações estabelecidas entre variáveis sociodemográficas e a adesão ao TARV; o segundo aborda os correlatos dos valores humanos e da adesão ao TARV; a terceira expõe sobre o relacionamento entre a adesão ao tratamento e as características pessoais positivas (*coping* e positividade); e o quarto propõe um modelo explicativo da adesão ao tratamento antirretroviral, utilizando como variáveis explicadoras os valores humanos, a positividade e o *coping*.

#### 4.1.1.1 Hipóteses sobre a relação entre variáveis sociodemográficas e clínicas e a adesão ao tratamento antirretroviral

Hipótese 1.1. Quanto mais velhos os indivíduos, maior o índice de adesão ao tratamento antirretroviral.

Hipótese 1.2. A religiosidade influencia nos índices de adesão ao tratamento antirretroviral.

Hipótese 1.3. Quanto menor a classe social, menor o nível de adesão ao tratamento antirretroviral.

Hipótese 1.4. Quanto maior a escolaridade maior a adesão ao tratamento antirretroviral.

Hipótese 1.5. O tempo de diagnóstico terá correlação positiva com a adesão ao tratamento.

#### *4.1.1.2 Hipóteses alusivas ao papel dos valores humanos na adesão ao tratamento*

##### *antirretroviral*

Hipótese 2.1. A adesão ao tratamento antirretroviral se correlacionará negativamente com a subfunção experimentação.

Hipótese 2.2. A adesão ao tratamento antirretroviral e a subfunção normativa irão se correlacionar positivamente.

Hipótese 2.3. A adesão ao tratamento antirretroviral se correlacionará positivamente com a subfunção existência.

Hipótese 2.4. Haverá correlação positiva entre a subfunção suprapessoal e a adesão ao tratamento antirretroviral.

Hipótese 2.5. A subfunção realização irá correlacionar-se positivamente com a adesão ao tratamento antirretroviral.

Hipótese 2.6. A adesão ao tratamento antirretroviral se correlacionará positivamente com a subfunção interativa.

#### *4.1.1.3 Hipóteses referentes ao papel da positividade e do coping na adesão ao tratamento*

##### *antirretroviral*

Hipótese 3.1. A adesão ao tratamento antirretroviral irá se correlacionar negativamente com as dimensões de *coping* desadaptativo.

Hipótese 3.2. As dimensões de *coping* adaptativo se correlacionarão positivamente com a adesão ao tratamento antirretroviral.

Hipótese 3.3. Haverá correlação positiva entre a positividade e a adesão ao tratamento antirretroviral.

#### *4.1.1.4 Hipóteses sobre o modelo explicativo da adesão ao tratamento antirretroviral*

Hipótese 4.1. O modelo explicativo valores sociais -> positividade ->  *coping* adaptativo -> adesão ao tratamento antirretroviral se ajusta aos dados.

#### *4.1.2 Participantes*

O estudo contou com 199 pacientes diagnosticados com HIV/AIDS, com média de idade de 41 anos, variando entre 18 e 73 ( $DP = 10,98$ ), em sua maioria homens (55,3%), solteiros (51,8%), heterossexuais (80,9%), com escolaridade de nível fundamental (44,7%), que não estavam trabalhando no momento (62,3%) e de classe média (44,7%). Tratou-se de uma amostra não probabilística, uma vez que os indivíduos foram escolhidos por critérios de conveniência, ou seja, aqueles que frequentavam o hospital no momento da coleta de dados e que se dispuseram a participar voluntariamente da pesquisa. Como critério de inclusão considerou-se o fato de estar em tratamento ARV e possuir 18 anos ou mais. Como critério de exclusão foi contemplado o atributo de apresentar agravamento do quadro e de ser interno do hospital. Todos os participantes, atendendo estes critérios realizavam tratamento antirretroviral no Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga, localizado em João Pessoa.

##### *4.1.2.1 Caracterização médico-clínica*

O tempo médio de diagnóstico dos participantes era de 86 meses (7 anos e um mês)  $DP= 71,98$  , estavam em tratamento antirretroviral em média há 77 meses (6 anos e 4 meses)  $DP= 72,55$  e a maioria (71%) já havia interrompido o tratamento por conta própria. O meio de transmissão mais frequente foi o sexo heterossexual (52,3%), seguido da condição de não saber como havia sido a contaminação (23,6%), sexo homossexual (13,1%), transmissão vertical (2,5%), transfusão sanguínea (2,5%), acidente de trabalho (2%) e drogas injetáveis

(1%). Observou-se ainda que a maior parte dos participantes relatou não ter sido acometido por doenças oportunistas (57,8%) e ausência de interações por HIV/AIDS (54,3%).

#### 4.1.3 Instrumentos

Os participantes responderam um livreto contendo a Escala de Adesão ao Tratamento Antirretroviral (**Anexo 01**), o Questionário dos Valores Básicos (**Anexo 02**), a *Brief COPE Scale* (**Anexo 03**), a Escala de Positividade (**Anexo 04**), além de um questionário sobre a evolução da infecção por HIV/AIDS (**Anexo 05**) e perguntas de caráter sócio demográfico (**Anexo 06**). Os instrumentos foram:

1. *Escala de Adesão ao Tratamento – CEAT – VIH – Adaptada para o contexto brasileiro* por Remor, Milner-Moskovics e Preussler (2007), é um instrumento de auto-informe com 20 perguntas que em seu conjunto avaliam o grau de adesão ao tratamento antirretroviral em pacientes soropositivos (e.g. 1. *Deixou de tomar a medicação alguma vez?* 5. *Quanto você se esforça para seguir o tratamento?* 10. *Normalmente, você está acostumado a tomar a medicação na hora certa?*). A pontuação total é obtida pela soma de todos os itens, de modo que quanto maior o valor final, maior é o grau de adesão.

2. *Questionário dos Valores Básicos* (Gouveia, Milfont, Fischer, & Santos, 2008). Compreende um conjunto de 18 itens/valores específicos, sendo três para representar cada uma das 6 subfunções: *experimentação* (prazer, sexualidade e emoção), *realização* (êxito, poder e prestígio), *suprapessoal* (conhecimento, maturidade e beleza), *existência* (saúde, sobrevivência e estabilidade pessoal), *interativa* (apoio social, afetividade e convivência) e *normativa* (religiosidade, obediência e tradição). Com o fim de respondê-lo, o participante deve indicar o grau de importância que cada valor tem como um princípio-guia na sua vida, utilizando escala de resposta de sete pontos, variando de 1 (*Pouco importante*) a 7 (*Muito importante*). Evidências sobre seus parâmetros psicométricos estão disponíveis na literatura (Gouveia, 2003, 2013; Gouveia *et al.*, 2014).

3. *Brief COPE*. Medida elaborada por Carver (1997) e adaptada para o Brasil por Brasileiro (2012), formada por 25 itens que são respondidos em escala de quatro pontos (1= *Não tenho feito* a 4= *Tenho feito bastante*) desenhados para medir como as pessoas reagem a situações estressantes. Na validação para o contexto brasileiro o instrumento foi subdividido em 14 tipos de coping: Autodistração, Coping ativo, Negação, Uso de substâncias, Suporte emocional, Suporte instrumental, Desinvestimento comportamental, Planejamento, Humor, Aceitação, Religiosidade e Autoculpabilização. Todos os fatores compõem-se de dois itens cada. Entretanto, a partir da realização de análise fatorial utilizando a amostra do presente estudo, encontrou-se uma solução mais parcimoniosa e explicativa, constituindo uma estrutura trifatorial, compondo-se dos fatores *coping positivo* (Coping ativo, Planejamento, Humor e Aceitação) *coping negativo* (Autodistração, Negação, Desinvestimento comportamental e Autoculpabilização e Religiosidade), e *coping suporte* (Suporte emocional, Suporte instrumental).

4. *Escala de Positividade*. Objetiva avaliar os níveis de positividade em adultos, desenvolvido por Caprara et al. (2012a; 2012b). É composta por oito itens que estimam a visão positiva que as pessoas têm de si mesmas, da vida e do futuro. Foi traduzida, adaptada e validada para o contexto brasileiro por Souza et al. (2014), apresenta uma solução unifatorial corroborando os achados da versão original (Caprara et al., 2012a).

5. *Questionário sobre a evolução da infecção por HIV/AIDS*. Foi solicitado aos respondentes que informassem sobre (1) o tempo de diagnóstico, (2) o tempo de tratamento antirretroviral, (3) se já haviam interrompido o tratamento por conta própria, (4) a forma de contaminação, (5) se já forma acometidos por doenças oportunistas, e (6) se consideravam que sua religião ajudava ou dificultava que lidassem com a doença.

6. *Questionário sócio demográfico*. Consistiu em perguntas sobre sexo, idade, estado civil, orientação sexual, religiosidade, escolaridade, profissão e como eles percebiam sua classe social.

#### 4.1.4 *Procedimento*

Inicialmente, solicitou-se autorização institucional para a realização da pesquisa (Anexo 08). Após consentimento da direção do Hospital, este estudo também foi submetido ao Comitê de Ética e Pesquisa da UFPB recebendo parecer favorável, com número de CAAE: 48703315.7.0000.5188 e Protocolo n. 0483/15 (Anexo 09). Depois destes passos, procedeu-se à coleta de dados. Os pacientes foram abordados no interior do hospital, em específico, no setor de atendimento médico infectologista. Apenas participaram os indivíduos que estavam em tratamento antirretroviral e que não apresentavam agravamento do quadro, ou que estivessem na internação. Para a realização da coleta de dados, foi apresentado a eles um Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) no qual enfatizou-se que a participação não traria nenhum prejuízo ou bônus ao participante e o caráter voluntário da pesquisa, podendo o respondente desistir a qualquer momento sem qualquer ônus. Todos os procedimentos éticos para a realização de pesquisas com seres humanos foram cuidadosamente obedecidos, em conformidade com a resolução 466/12 do Conselho Nacional de Saúde. Aproximadamente 30 minutos foram necessários para que os participantes respondessem aos questionários.

#### 4.1.5 *Análise de dados*

Os dados foram analisados utilizando os programas estatísticos PASW e AMOS (ambos em sua versão 18). Com o primeiro, realizaram-se estatísticas descritivas, testes para comparação de grupos (teste *t* de *Student* e Análise de Variância – ANOVA) e análise de correlação *r* de Pearson. Com o *software* AMOS verificou-se a adequação do modelo explicativo da adesão ao tratamento antirretroviral aos dados, por meio de uma análise de

caminhos (*Path Analysis*) que tomou como entrada a matriz de covariância, adotando o estimador ML (*Maximum Likelihood*) e considerando os seguintes indicadores de ajuste (Byrne, 2010; Tabachnick & Fidell, 2007):

$\chi^2$  (qui-quadrado). É um índice que avalia a probabilidade de um modelo teórico se ajustar aos dados, em que valores baixos indicam modelos ajustados. É um importante indicativo quando se consideram modelos concorrentes, contudo, em decorrência de sua sensibilidade ao tamanho da amostra e ao número de variáveis contempladas, o que ocorre frequentemente, é a utilização de sua relação pelos graus de liberdade do modelo ( $\chi^2/gf$ ), no intento de superar estas limitações. Considerando a subjetividade na interpretação da qualidade do ajuste, valores entre dois e três (tendo como limite máximo cinco) são indicadores de adequação de um modelo teórico os dados (Tabachnick & Fidell, 2007).

GFI (*Goodness-of-Fit Index*) e AGFI (*Adjusted Goodness-of-Fit Index*). O GFI é um indicador que foi desenvolvido como alternativa ao  $\chi^2$  (qui-quadrado), contudo, também é sensível a um número elevado de graus de liberdade em relação ao tamanho da amostra. Sendo assim, o AGFI constitui-se um indicador mais ponderado, uma vez que baseia-se nos graus de liberdade e tende a aumentar com o tamanho da amostra. Ambos refletem a proporção de variância-covariância nos dados explicada por um modelo; seus valores variam de 0 a 1, onde quanto mais próximo de 1 for o valor, melhor é o ajuste, aceitando-se valores próximos ou superiores a 0,90 como indicadores de ajuste de um modelo (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008).

CFI (*Comparative Fit Index*). É um indicador adicional de ajuste de modelo que funciona satisfatoriamente quando o tamanho da amostra é pequeno. Admite que todas as variáveis latentes não são correlacionadas e compara a matriz de covariância da amostra com este modelo nulo. Semelhante ao GFI, também varia entre 0 e 1, sendo que quanto mais

próximo de 1 maior o ajuste do modelo aos dados. Tem se admitido valores superiores a 0,90 como uma medida adequada (Tabachnick & Fidell, 2007).

RMSEA (*Root-Mean-Square Error of Approximation*). É considerado um indicador de “maldade de ajuste”, em que valores altos indicam um modelo não ajustado. São recomendados valores de 0,05 a 0,08, admitindo-se até 0,10 como satisfatórios, desde que estejam no intervalo de 90% de confiança (IC90%) (Hooper, Coughlan, & Mullen, 2008).

## 4.2 Resultados

Os resultados foram organizados a partir das hipóteses elaboradas. Sendo assim, inicialmente apresentam-se os achados sobre a contribuição de variáveis clínicas e sociodemográficas no entendimento da adesão ao tratamento, seguido das correlações entre os valores humanos e a adesão ao tratamento, e por fim, os correlatos estabelecidos entre as características pessoais positivas (*coping* e positividade) e a adesão ao tratamento antirretroviral. Entretanto, antes dos resultados das relações encontradas entre as variáveis é discorrido sobre as novas evidências fatoriais da escala de *Coping*, uma vez que a estrutura proposta em achados anteriores no contexto nacional (Brasileiro, 2012) não atende ao critério de parcimônia destacado por Pasquali (1998; 1999; 2009). De tal modo, procedeu-se com a realização de análise fatorial do instrumento, afim de proporcionar resultados mais robustos.

### 4.2.1 Estrutura fatorial do *Coping*

É reconhecido que o *coping* trata-se de um construto multifatorial, uma vez que existem diferentes modos de enfrentamento entre os indivíduos. Entretanto, diante da expressiva quantidade de dimensões da escala de *coping* utilizada neste estudo, optou-se por verificar se há outras possibilidades de estrutura fatorial que a organizem de maneira mais parcimoniosa. Na Tabela 01 observam-se as matrizes de correlação entre os 14 fatores de *coping* constatando a relação positiva e significativa entre todos os componentes, tendo

destaque as correlações entre suporte instrumental e suporte emocional ( $r = 0,73, p < 0,001$ ) e entre *coping* ativo e autodistração ( $r = 0,34, p < 0,001$ ).

Tabela 01.  
Matrizes de correlação entre os 14 tipos de Coping.

01. Auto distração														
02. Coping ativo	0,34***													
03. Negação	-0,03	-0,11												
04. Uso de substâncias	-0,08	-0,03	0,07											
05. Suporte emocional	0,08	0,18*	-0,02	0,01										
06. Suporte instrumental	0,10	0,14*	0,03	0,03	0,73***									
07. Desinvestimento comportamental	-0,16*	-0,23**	0,20**	-0,01	-0,14*	-0,03								
08. Desabafo	-0,04	0,01	0,19**	0,02	-0,05	0,01	0,36***							
09. Reinterpretação positiva	0,23**	0,31***	-0,03	0,07	0,14*	0,17*	-0,07	0,07						
10. Planejamento	0,20**	0,19**	-0,07	0,01	0,11	0,23**	-0,01	0,12	0,32***					
11. Humor	0,10	-0,05	0,18*	0,04	0,11	0,12	0,16*	0,21**	0,20**	0,21**				
12. Aceitação	0,30***	0,33***	-0,22**	-0,02	0,13	0,14*	-0,34***	-0,23**	0,30***	0,12	-0,12			
13. Religiosidade	0,17*	0,22**	0,07	-0,04	0,28***	0,32***	-0,08	-0,03	0,24**	0,13	-0,06	0,16*		
14. Autoculpabilização	-0,07	-0,17*	0,21**	0,15*	-0,15*	-0,04	0,32***	0,32***	-0,01	0,09	0,20**	-0,29***	-0,04	
	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>	<b>07</b>	<b>08</b>	<b>09</b>	<b>10</b>	<b>11</b>	<b>12</b>	<b>13</b>	

Nota. \*\*\* 0,001; \*\* 0,01; \* 0,05.

Nessa direção, foi realizada uma análise de componentes principais com a escala de *coping*, empregando-se três critérios: o critério de Kaiser (1960) que aponta a extração dos fatores que apresentam valor próprio igual ou superior a 1; o critério de Cattell (1966), que defende a estrutura fatorial com quantidade de fatores igual ao número de pontos acima do ponto de inflexão da curva no *scree plot*; e o critério de Horn (1965) que sugere a extração do número de fatores com valores próprios maiores do que os extraídos com dados aleatórios, adotando os mesmos parâmetros do banco de dados. Os resultados indicaram 4 componentes que atenderam ao critério de valor próprio igual ou superior a 1 (critério de Kaiser), explicando 45,4% da variância total. Entretanto, o *scree plot* (critério de Cattell) apontou a existência de três fatores (Figura 04), que foi corroborado pela análise paralela (critério de Horn), quando assumidos os parâmetros do banco de dados (199 participantes e 28 variáveis) com 100 simulações.

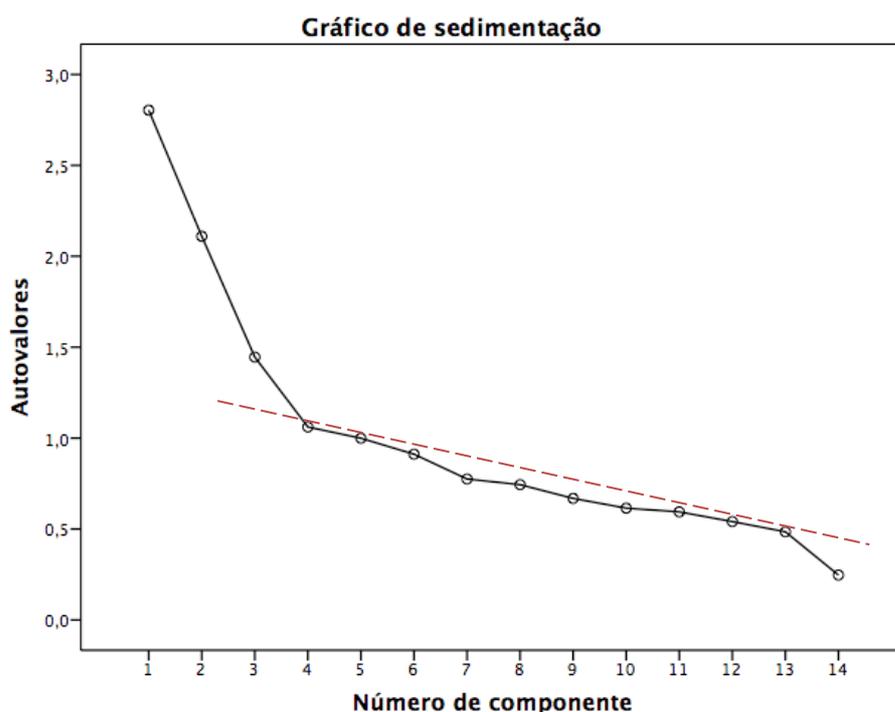


Figura 04. Gráfico de sedimentação, *Scree Plot*.

Nesse interim, dos três critérios considerados, dois apontaram para uma estrutura trifatorial (Cattel e Horn), sendo que dentre os três utilizados, o critério de Horn é considerado o mais robusto (Garrido, Abad, & Ponsoda, 2013). Por conseguinte, considerando que a estrutura de três fatores não é contrária aos aspectos constitutivos da medida proposta por Carver (1997), decidiu-se por adotá-la, realizando uma nova análise de componentes principais com a extração de três fatores. A partir disso, os fatores foram nomeados de *coping positivo*, *coping negativo* e *de coping suporte*. Os três fatores explicaram 45,4% da variância total, apresentando valores próprios de 2,80; 2,11 e 1,45, respectivamente. Estes resultados são descritos na Tabela 02. Além disso, optou-se pela exclusão dos itens pertencentes ao fator uso de substâncias, pois o mesmo não apresentou carga fatorial mínima (0,35) em nenhum dos três fatores.

Tabela 02.  
Cargas Fatoriais dos 3 Fatores de Coping.

Modos de Enfrentamento	Componentes		
	I	II	III
Autoculpabilização	0,67*	-0,02	-0,15
Desabafo	0,67*	0,12	-0,01
Desinvestimento comportamental	0,64*	-0,21	-0,10
Humor	0,54*	0,24	0,11
Negação	0,48*	-0,14	0,10
Reinterpretação positiva	0,11	0,70*	0,14
Autodistração	-0,10	0,64*	0,01
Coping ativo	-0,22	0,63*	0,12
Planejamento	0,25	0,57*	0,14
Aceitação	-0,50	0,53*	0,10
Suporte emocional	-0,05	0,04	0,90*
Suporte instrumental	0,08	0,10	0,90*
Religiosidade	-0,03	0,26	0,50*
Uso de substâncias	,16	-,01	,03
Valor Próprio	2,80	2,11	1,45
% Variância explicada	20,0	15,1	10,3
Número de itens	10	10	06
Alfa de Cronbach	0,60	0,64	0,70
ri.i	0,23	0,26	0,44

\* Item pertencente ao fator.

Diante do recém exposto, as análises posteriores serão realizadas com base na nova estrutura fatorial do *coping*, composta de três dimensões e vinte e seis itens.

#### 4.2.2 Papel de variáveis sociodemográficas na adesão ao tratamento ARV.

Quando avaliados sobre níveis de adesão ao tratamento, homens ( $M = 4,19$ ;  $DP = 0,36$ ) e mulheres ( $M = 4,10$ ;  $DP = 0,49$ ) apresentaram uma sutil diferença, entretanto, esta não foi estatisticamente significativa ( $[t = (197) 1,54 p > 0,05]$ ). Tal resultado refuta a hipótese 4.1. Entretanto, encontrou-se correlação positiva e significativa entre a idade dos participantes e a pontuação total em adesão ao tratamento ( $r = 0,23$ ,  $p < 0,001$ ),

demonstrando que quanto mais velhos, maior a adesão ao TARV, o que corrobora a hipótese 4.2.

Os resultados mostraram também que o modo como os participantes percebiam o papel da religião que eles praticavam afetava na adesão que os mesmos possuíam. Em específico, observou-se que o grupo que considerava que sua religião ajudava a lidar com o fato de possuir HIV apresentou maior média de adesão ( $M = 4,22$ ,  $DP = 0,34$ ), quando comparado ao grupo que informou que sua religião dificultava ( $M = 3,67$ ,  $DP = 0,82$ ) encarar a sua condição soropositiva [ $F = (147) 7,19$   $p < 0,001$ ], o que confirma em parte a hipótese 4.3.

Por fim, não foram encontradas relações significativas ( $p > 0,05$ ) entre a pontuação total de adesão, classe social, escolaridade, estado civil e tempo de diagnóstico dos participantes, refutando o que foi hipotetizado em 4.4, 4.5, 4.6 e 4.7.

#### 4.2.3 Correlatos dos valores sobre a adesão ao tratamento

Ao considerar a pontuação total da adesão ao tratamento antirretroviral, observou-se as relações estabelecidas entre esta e as seis subfunções valorativas, a partir da análise de correlação  $r$  de Pearson. Estes resultados podem ser observados na Tabela 03.

Tabela 03.

Matrizes de correlação entre a adesão ao TARV e as subfunções valorativas.

01. Adesão ao tratamento						
02. Experimentação	0,07					
03. Realização	0,13	0,41***				
04. Existência	0,16*	0,24***	0,30***			
05. Suprapessoal	0,12	0,34***	0,44***	0,44***		
06. Normativa	0,28***	0,21***	0,28***	0,46***	0,29***	
07. Interativa	0,18*	0,43***	0,39***	0,48***	0,46***	0,36***
	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>	<b>05</b>	<b>06</b>

Nota. \*\*\*  $p < 0,001$ ; \*\*  $p < 0,01$ ; \*  $p < 0,05$ .

Foram verificadas relações apenas com três das subfunções, das quais a mais alta foi com a subfunção normativa ( $r = 0,28, p < 0,001$ ), seguida de interativa ( $r = 0,18, p < 0,05$ ) e existência ( $r = 0,16, p < 0,05$ ), o que endossa as hipóteses 1.2, 1.6 e 1.3. Não obstante, as hipóteses 1.1, 1.4 e 1.5 foram refutadas, uma vez que não houve relação significativa com as subfunções experimentação, suprapessoal e realização.

#### 4.2.4 Contribuição das características pessoais positivas na adesão ao tratamento antirretroviral

Nesta etapa computou-se a pontuação total da escala de adesão ao tratamento antirretroviral, da escala de positividade e dos três fatores da escala de *coping*. Em seguida, procedeu-se com uma análise de correlação  $r$  de Pearson, que permitiu conhecer o padrão de correlações entre as variáveis. Estes resultados podem ser visualizados na Tabela 5.

Tabela 04.

*Matrizes de correlação entre a adesão ao tratamento, os tipos de coping e a positividade.*

01. Adesão ao tratamento				
02. <i>Coping</i> Negativo	-0,30***			
03. <i>Coping</i> Positivo	0,28***	-0,13		
04. <i>Coping</i> Suporte	0,24***	-0,03	0,30***	
05. Positividade	0,28***	-0,28***	0,45***	0,42***
	<b>01</b>	<b>02</b>	<b>03</b>	<b>04</b>

Nota. \*\*\*  $p < 0,001$ .

No que diz respeito aos correlatos entre a pontuação total de adesão ao tratamento, a positividade e as três dimensões do *coping*, verificou-se que a pontuação total da adesão ao tratamento correlacionou-se significativamente com todas as demais variáveis, o que corrobora as hipóteses 2.1, 2.2, 2.3 e 2.4. Especificamente, houve relação moderada e negativa com *coping* negativo ( $r = -0,30, p < 0,001$ ), seguido de relação positiva com *coping* positivo ( $r = 0,28, p < 0,001$ ) e positividade ( $r = 0,28, p < 0,001$ ). A terceira dimensão do

*coping* (suporte) também apresentou correlação moderada com a adesão ao tratamento ( $r = 0,24, p < 0,001$ ).

Ao analisar as relações estabelecidas entre a positividade e os demais construtos, verificou-se também que a mesma se correlacionou de maneira significativa com todos, sobretudo, com o *coping* positivo ( $r = 0,45, p < 0,001$ ), e o *coping* suporte ( $r = 0,42, p < 0,001$ ), corroborando também as hipóteses 2.5, 2.6 e 2.7. Deste modo, a maioria das hipóteses foram corroboradas.

Concluída esta etapa, partiu-se para a testagem de um modelo explicativo da adesão ao tratamento.

#### 4.2.5 Preditores da adesão ao tratamento antirretroviral

Na busca por conhecer em que medida os valores humanos e as características pessoais positivas explicam a adesão ao tratamento antirretroviral, com base no aporte teórico e nos resultados das correlações, decidiu-se verificar a adequação de um modelo preditivo da adesão ao tratamento antirretroviral, sendo testado por meio de modelagem por equações estruturais.

Esta etapa busca levantar evidências mais robustas para os resultados, considerando o que defendem Milfont, Gouveia e Costa (2006), quando os mesmos alertam que os coeficientes de correlação tendem à significância em função do tamanho da amostra. Além disso, não foram identificados estudos prévios que permitam uma elaboração teórica mais concreta a respeito da adesão ao tratamento antirretroviral. Tendo em consideração as correlações significativas verificadas entre os valores sociais, a positividade, as dimensões do *coping* e a adesão ao tratamento, foi elaborada uma sequência que reúne valores sociais, positividade, *coping* (positivo e suporte) e adesão ao tratamento antirretroviral, culminando na elaboração de um modelo explicativo utilizando tais variáveis (Figura 05).

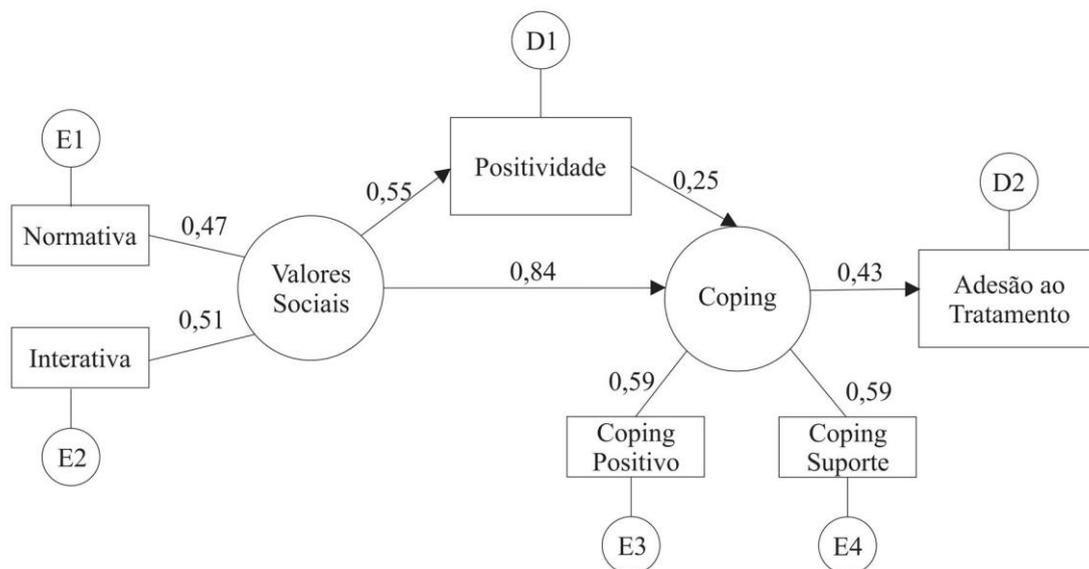


Figura 05. Modelo teórico para explicação da adesão ao TARV.

Os índices de ajuste do modelo, no geral, foram considerados adequados:  $\chi^2 = 12,67$ ;  $gl = 09$ ;  $\chi^2 / gl = 1,41$ ;  $p = 0,001$ ;  $GFI = 0,98$ ;  $AGFI = 0,95$ ;  $CFI = 0,98$  e  $RMSEA = 0,04$  ( $0,00 - 0,09$ ) (Byrne, 2010; Tabachnick & Fidell, 2013). Tais achados confirmam a Hipótese 4.1 que preconizava que o modelo explicativo valores sociais  $\rightarrow$  positividade  $\rightarrow$  *coping* positivo e suporte  $\rightarrow$  adesão ao TARV se ajustaria aos dados. Ademais, existem subsídios teóricos, conforme foram apontados anteriormente que apoiam o modelo e portanto, confia-se a partir de tais evidências em sua adequação. Além do efeito direto do *coping* sobre a adesão ao tratamento, também foram verificados efeitos indiretos dos valores sociais ( $\lambda = 0,42$ , IC 90% =  $0,29 / 0,54$ ,  $p < 0,001$ ) e da positividade ( $\lambda = 0,11$  IC 90% =  $0,02 / 0,18$ ,  $p < 0,001$ ) sobre a variável critério.



O presente estudo teve como objetivo analisar se os valores humanos, a positividade e o *coping* prediziam a adesão ao tratamento antirretroviral. Em específico, buscou-se (1) verificar a relação entre as subfunções valorativas, a positividade, os tipos de *coping* e a adesão ao tratamento; e (2) propor um modelo explicativo da adesão ao tratamento antirretroviral. Mediante os resultados apresentados no tópico anterior, foi possível constatar que as variáveis sociodemográficas e clínicas, tais como a idade e o tempo de diagnóstico exerceram influência sobre a adesão ao tratamento antirretroviral. Além disso, destaca-se o papel dos valores humanos, da positividade e dos tipos de *coping* na predição da adesão ao TARV.

Isto posto, considera-se que os objetivos propostos na presente dissertação tenham sido atingidos. Os achados serão discutidos teoricamente nos subtópicos a seguir, obedecendo a mesma ordem de apresentação das hipóteses e resultados, objetivando dessa forma uma leitura mais fluída e clara. De tal modo, principia-se abordando sobre as contribuições das variáveis sociodemográficas e clínica na compreensão da adesão, seguidas dos correlatos valorativos da adesão ao TARV, o relacionamento entre esta variável e as características pessoais positivas (*coping* e positividade), e por fim, é discutido sobre o modelo explicativo da adesão ao tratamento proposto nesta dissertação. Além disso, será apresentado um resumo dos principais achados deste trabalho, bem como suas limitações, direções futuras e aplicações.

### **5.1 Papel de variáveis sociodemográficas e clínica**

Um dos objetivos deste trabalho foi verificar se variáveis de caráter clínico e demográfico teriam influência sobre a adesão dos pacientes. Quanto às hipóteses referentes à estes aspectos, observou-se que a hipótese 1.1 que tratava sobre a influencia da idade na adesão foi confirmada. Quanto mais velhos os indivíduos, mais eles possuem compromisso e

responsabilidade com o tratamento (Barbosa, 2006; Bartlett, 2002). Tal responsabilidade pode ser atribuída a fatores como a maior valorização da vida por parte de pessoas mais velhas (Emlet, 2016), e a obediência a figuras de autoridade, neste caso específico, o médico (Padoin et al., 2011).

No tocante ao tempo de diagnóstico, a hipótese 1.5 foi confirmada, visto que no âmbito da literatura sobre o HIV/Aids (Santa-Helena, Nemes, & Eluf Neto, 2010) é reconhecido que o indivíduo necessita de um intervalo de tempo desde o recebimento do diagnóstico até o momento em que ele apresenta relativa aceitação da patologia (Nakanjako et al., 2007; Reed et al., 1994) e que ao aceitar a condição soropositiva o mesmo passa a melhorar a adesão ao tratamento (Mostashari et al., 1998).

Verificou-se também que a hipótese 1.2 foi corroborada parcialmente, pois se constatou que quanto mais religiosos os indivíduos são, mais adeptos tendem a ser ao tratamento. Nota-se então que o nível de religiosidade ajuda as pessoas a lidarem com a doença de forma menos resistente e mais positiva (Vyas et al., 2014).

Com relação às hipóteses 1.3 e 1.4, que correspondiam à relação da adesão com a classe social e a escolaridade, respectivamente, foram refutadas. Entretanto, considera-se que tal fato se deve à pouca variabilidade da amostra, sendo prevalentemente de classe média (45%) e de escolaridade fundamental (45%).

Entretanto, estas variáveis contribuem apenas em parte para a compreensão do que leva as pessoas a aderirem ou não ao tratamento antirretroviral, e em termos de resultados que possibilitem estratégias de intervenção, se faz necessário pensar em atributos mais instáveis e que podem sofrer mudanças, acarretando assim na modificação de tais atributos em indivíduos que não aderem ao tratamento antirretroviral. Podendo apresentar a partir de tais mudanças um maior nível de adesão ao tratamento. Sobre estas características, no presente estudo, considerou-se como foco central a investigação das prioridades valorativas,

dos atributos pessoais positivos e o papel de ambas no processo de adesão. Os resultados encontrados foram satisfatórios e serão mais bem discutidos nos subtópicos a seguir.

## **5.2 Correlatos valorativos da adesão ao tratamento antirretroviral**

A partir da compreensão de que os valores explicam atitudes, crenças e comportamentos dos indivíduos em contextos concretos da vida cotidiana e que estes refletem a orientação e as necessidades, é possível assumir o pressuposto de que conhecendo os valores que as pessoas priorizam pode-se inferir sobre como serão os seus comportamentos, orientações e preferências (Gouveia, 2013). Somado a isso, os valores humanos transcendem situações específicas ao guiar as ações dos indivíduos no meio social e são tidos como desejáveis e relativamente estáveis (Gouveia, Milfont & Guerra, 2014). Esta retomada conceitual do construto se faz necessária para aprofundar a compreensão teórica dos achados deste trabalho, especificamente quando se trata do relacionamento entre as orientações axiológicas endossadas pelos participantes e o nível de adesão ao tratamento antirretroviral que eles apresentam.

Isto posto, verificou-se que os indivíduos que endossam valores normativos, de existência e interativos apresentaram maiores índices de adesão ao tratamento antirretroviral, confirmando as hipóteses 2.2, 2.3 e 2.6 .

Acerca disso, é possível afirmar que quanto mais os indivíduos priorizam metas sociais e pessoais, ou seja, preocupam-se consigo mesmos, em termos de preservar sua saúde e garantir sua sobrevivência, mais tendem a serem compromissados com o tratamento prescrito.

Indivíduos normativos obedecem ao que é estabelecido pela equipe de saúde, comprometendo-se a tomar a medicação periodicamente e realizar o acompanhamento com os demais profissionais de maneira satisfatória. Além disso, observa-se a importância da realização de práticas religiosas para a adesão ao tratamento (Vyas, Limneos, Qin, &

Mathews, 2014) Quanto aos valores de existência, pode-se afirmar que as pessoas que priorizam a saúde como um princípio que guia sua vida, em geral, são aquelas que experienciaram eventos dramáticos ou que estão preocupadas com doenças, principalmente quando vivem em ambientes instáveis e ameaçadores (Gouveia, 2013; Schwartz, 1992). Nessa direção, a presença do contexto de escassez, a falta de recursos econômicos e educacionais também repercute na valorização da sobrevivência (Vione, 2012). Sendo assim, a importância dada na garantia da própria existência é justificada ao considerar algumas particularidades da amostra, tais como a baixa escolaridade e o fato de serem diagnosticados com uma patologia crônica. Estas características já foram comprovadas em estudos prévios como preditoras da não adesão (Bartlett, 2002; Pinheiro et al., 2002), corroborando também a hipótese 2.3.

Os valores interativos, por sua vez, possuem motivador humanitário com orientação social. Nesse sentido, ao priorizá-los, os indivíduos demonstram importância no compartilhamento de experiências afetivas, necessidades de pertença, amor e afiliação. Estes valores contribuem para a manutenção das relações interpessoais, orientadas para relacionamentos íntimos estáveis e duradouros, onde há compartilhamento de cuidados, afeto, tristezas e alegrias (Gouveia, 2016).

Dessa forma, indivíduos que priorizam o apoio social, buscam estabelecer relacionamentos próximos com o grupo social de pertença, garantindo a confiança e o suporte grupal, evitando a sensação de solidão e obtendo ajuda quando necessário (Gouveia, 2013; Gouveia et al., 2011). Por destinarem importância às relações interpessoais, estes indivíduos contam com uma rede de apoio emocional proporcionada pelos vínculos construídos.

Além do mais, ao guiarem-se por um motivador materialista, pautam-se por ideias práticas, orientam-se por regras normativas e pensam em condições biológicas de sobrevivência (Gouveia et al., 2015). Este aspecto vai de encontro a resultados de pesquisas

anteriores que destacam o papel relevante do suporte social e de uma rede de apoio para a adesão ao tratamento antirretroviral (Bonolo, Gomes, & Guimarães, 2007; Colombrini, Lopes, & Figueiredo, 2006; DiMatteo, 2004; Sing et al., 1999; Weaver et al., 2014).

O endosso por valores normativos representa ainda a necessidade de controle, além da obediência a autoridades (Gouveia, 2016). Estes aspectos são tidos como fundamentais para uma adesão satisfatória, pois diminuem a possibilidade de interrupção do tratamento por conta própria (Seidl et al., 2007). Além do mais, esta valoração também assume a importância dada à obediência, o que representa a importância de cumprir os deveres e as obrigações diárias (Gouveia, 2013). Por fim, indivíduos que se pautam por valores normativos também priorizam a religiosidade como princípio guia, esta não sendo compreendida aqui no sentido amplo de espiritualidade, porém de um posicionamento em que os indivíduos reconhecem a existência de uma entidade superior por meio da qual buscam a certeza e a harmonia sociais fundamentais para uma vida tranquila (Gouveia, 2016; Medeiros et al., 2012). Estas constatações corroboram achados anteriores sobre o papel da religiosidade na adesão ao TARV (Vyas et al., 2014).

Em síntese, a relação encontrada entre o endosso por valores normativos, interativos, de existência e a adesão ao tratamento antirretroviral demonstra que quando os indivíduos preocupam-se com o cuidado de si mesmo, mas em contrapartida, não são egoístas e importam-se com o seu entorno e seus vínculos afetivos, apresentarão maiores comportamentos de seguir o prescrito pela equipe de saúde, em prol de garantir maior longevidade e qualidade de vida.

A partir disso, é essencial destacar sobre a natureza humana benevolente e o caráter de essência positiva dos valores assumido pela perspectiva teórica aqui adotada. Neste interim, é reconhecido que além da contribuição dos valores na compreensão da adesão, a presença de atributos pessoais positivos explica conjuntamente o comportamento de aderir ao

tratamento antirretroviral. A contribuição destas variáveis será discorrida no subtópico a seguir.

### **5.3 Contribuições das características pessoais positivas à adesão ao tratamento antirretroviral**

Quanto ao relacionamento entre a positividade e a adesão ao tratamento antirretroviral, é importante destacar antes de tudo, a definição de positividade assumida neste trabalho. Este construto psicológico refere-se a um modo geral de avaliar, visualizar e interpretar os acontecimentos da vida de maneira positiva (Souza et al., 2014), sendo assim, esta percepção afeta significativamente a maneira como os indivíduos dispõem-se às ações e experiências (Fredrickson, 2009; Scheier & Carver, 1993). A confirmação deste relacionamento corrobora o que foi previamente hipotetizado neste estudo (hipótese 3.8).

Outro aspecto importante a ser considerado, é o fato de que a positividade possui forte relação com a autoestima, a satisfação com a vida e o otimismo (Caprara et al., 2010; Caprara et al., 2012b). Ao partir destas compreensões, pode-se considerar a fundamental importância de tomar esta variável na compreensão da adesão ao tratamento antirretroviral, pois em empreendimentos científicos anteriores já foi evidenciado a importância da percepção positiva do indivíduo quanto a sua condição soropositiva ao HIV e os impactos desta questão na maneira como o mesmo enfrenta os desafios proporcionados pela patologia, assim como, sua adesão ou não ao tratamento (Emlet et al., 2016)

É válido destacar ainda que um indivíduo positivo, não restringe-se a alguém otimista, pois ele também se percebe como uma pessoa autoeficaz e esperançosa. As crenças sobre autoeficácia (Bandura, 1994) apresentam relevância na compreensão da adesão ao tratamento antirretroviral (Leite et al., 2002; Seidl et al., 2007), pois consiste no fato da pessoa acreditar em sua capacidade para organizar e executar as ações requeridas para produzir um determinado resultado, sendo dessa forma, um atributo individual que possibilita o manejo

de circunstâncias que eventualmente o impeçam de realizar comportamentos de saúde, tanto preventivos quanto de tratamento. No caso específico da adesão antiretroviral, observa-se que escores mais elevados em autoeficácia estão associados a maiores níveis de adesão (Catz, Kelly, Bogart, Benotsch, & Auliffe, 2000; Pinheiro, Leite, Drachler, & Silveira, 2002).

Como discorrido anteriormente, a tendência geral de interpretar positivamente os eventos da vida influencia diretamente a maneira como o indivíduo se comporta frente a adversidades (Fredrickson, 2009; Scheier & Carver, 1993). Esta compreensão permite justificar os resultados encontrados, quanto ao papel significativo das estratégias de enfrentamento sobre a adesão ao tratamento antirretroviral, além do relacionamento entre a positividade e os tipos de *coping*.

Empreendimentos anteriores evidenciaram que pessoas que lidam de maneira positiva, aceitando e buscando estratégias saudáveis e adaptativas para encarar o diagnóstico soropositivo, também apresentaram melhores índices de adesão (Campos, Guimarães, & Remien, 2010; Carrobes et al., 2003). Por outro lado, indivíduos que enfrentam negativamente a condição da contaminação por HIV, utilizando de mecanismos de negação e fuga, não aderiam ao tratamento como esperado (Lyimo et al., 2014). Estes contributos corroboram os resultados encontrados neste trabalho, os quais confirmaram as hipóteses 3.1, 3.2 e 3.3. Estas referiam-se ao relacionamento entre os tipos de enfrentamento e a adesão. É revelada a importância de promover estratégias positivas de enfrentamento ao HIV/Aids, de modo a favorecer melhores índices de adesão, e conseqüentemente menor mortalidade em decorrência da patologia. Confirma-se desta forma, que tais atributos jogam um papel importante uma vez que orientam os indivíduos a enfrentar de maneira positiva os acontecimentos adversos que possam surgir, aderindo e comprometendo-se com o tratamento e com a preservação de suas vidas (Alessandri, Caprara, & Tisak, 2012; Caprara, Alessandri, & Barbaranelli, 2010).

É essencial esclarecer que a ênfase dada aos atributos pessoais positivos como explicadores da adesão ao tratamento busca contribuir para a compreensão desta problemática a partir de outra perspectiva, diferente da convencionalmente utilizada. Poucos estudos têm sido levados a cabo buscando destacar e reconhecer as potencialidades das pessoas que vivem com HIV/Aids. Com exceção dos estudos sobre qualidade de vida (Reis et al., 2010), a grande maioria destina-se a investigar o que há de defeituoso e penalizado nos indivíduos após o diagnóstico. Desta forma, considera-se de extrema relevância a realização de estudos com viés da psicologia positiva, pois antes de serem consideradas soropositivas, estas pessoas continuam sendo humanas, dotadas de capacidades, peculiaridades e disposições comuns aos demais indivíduos (Seligman & Csikszentmihalyi, 2000; 2014).

Por fim, para atender o objetivo principal deste empreendimento científico, foi proposto um modelo teórico explicativo da adesão ao TARV, na pretensão de proporcionar um entendimento mais robusto sobre o papel de variáveis sociopsicológicas sobre a adesão.

#### **5.4 Modelo teórico explicativo da adesão ao tratamento antirretroviral**

A explicação teórica proposta neste estudo, compreende a hierarquia das variáveis: valores humanos -> positividade -> *coping* -> adesão ao tratamento. Além de ser respaldada pelos índices de bondade de ajuste apresentados anteriormente no tópico de resultados, esta formulação tem embasamento, sobretudo, teórico. O ajuste do modelo confirma a hipótese 4.1 que tratava sobre esta hierarquia de variáveis na explicação da adesão.

Em princípio, têm-se os valores humanos, que são compreendidos como uma orientação geral e transcendente, não se limitando a objetos específicos, mas que guiam os indivíduos no transcurso de suas vidas de maneira relativamente estável (Gouveia, 2013; 2016). Além disso, a centralidade deste construto na compreensão de variáveis sociopsicológicas fundamenta a utilização destes na proposta explicativa da adesão. Utilizou-se no modelo explicativo, especificamente as subfunções normativa e interativa, pois, além

de apresentarem alta congruência entre si e compartilharem o mesmo tipo de orientação de acordo com os pressupostos da Teoria Funcionalista dos Valores (Gouveia 2013; 2016), também apresentaram relacionamento tanto com a adesão ao tratamento, como com a positividade e, sobretudo com o *coping* em suas dimensões positiva e suporte.

Indivíduos que priorizam estes valores acentuam metas e interesses sociais, correspondendo a pessoas com orientações mais coletivistas. (Gouveia 2013; 2016). Além disso, as relações interpessoais e os vínculos afetivos estabelecidos com outras pessoas configuram uma questão fundamental na vida de quem vive com HIV/Aids (Bonolo, Gomes, & Guimarães, 2007; Colombrini, Lopes, & Figueiredo, 2006; Poudel et al., 2015; Sing et al., 1999; Weaver et al., 2014).

O apoio social, a afetividade e a convivência quando são considerados importantes fazem com que os indivíduos com estas prioridades busquem o estabelecimento e manutenção de relacionamentos com o outro, seja a nível de amizade, relações amorosas e/ou familiares. De tal modo que, por possuir uma rede de apoio e suporte social, a maneira que estes indivíduos encaram as adversidades (e. g., estigma, discriminação, preconceito) e demais desafios ocorrerá de maneira mais benéfica, favorecendo uma interpretação mais favorável dos eventos, e uma tendência a perceber os acontecimentos positivamente. Seguindo esta linha de raciocínio, assume-se a positividade enquanto uma tendência interpretativa positiva (Borsa et al., 2014; Souza et al., 2014). Esta por sua vez, exerce influência sobre o comportamento e as respostas frente a acontecimentos estressores (Fredrickson, 2009; Scheier & Carver, 1993). Neste âmbito, além de considerar as prioridades valorativas sociais, e a orientação positiva, deve ser tido em conta a maneira que os indivíduos enfrentam as adversidades sobre a adesão ao tratamento antirretroviral.

O enfrentamento/ *coping* foi assumido no presente trabalho constituindo-se de três dimensões, *positiva*, *negativa* e *suporte*. Os tipo de enfrentamento que melhor explicaram a

adesão foi o negativo. Entretanto, as duas outras dimensões (positivo e suporte) também apresentaram relação forte e significativa, e assumindo o objetivo principal deste trabalho, o qual refere-se a testar o papel de características pessoais positivas sobre a adesão utilizou-se no modelo explicativo os componentes positivo e suporte do *coping*.

Pessoas que apresentam estratégias mais adaptativas frente à adversidade de conviver com o HIV/Aids, tais como buscar algo de positivo no que está acontecendo, planejar os passos que serão dados em prol de melhoras em sua condição, além de utilizar o apoio e suporte externo como estratégias para lidar com a situação adversa, também tiveram maiores pontuações em adesão ao tratamento, quando comparadas a outras que o faziam em menor magnitude. Este resultado confirma diversos estudos anteriores que comprovaram a importância de utilizar recursos positivos ao enfrentar os desafios proporcionados pela soropositividade ao HIV (Bonolo, Gomes, & Guimarães, 2007; Campos, Guimarães, & Remien, 2010; Carrobles, Remor, & Rodríguez-Alzamora, 2003; Colombrini, Lopes, & Figueiredo, 2006; Poudel et al., 2015; Sing et al., 1999).

O tipo de enfrentamento utilizado pelo indivíduo frente à adversidade de lidar com o diagnóstico soropositivo ao HIV, explica diretamente o comportamento dele em aderir ou não ao tratamento antirretroviral. Este resultado confirma o encontrado em estudos anteriores (Auerbach, 1989; Chaves et al., 2000), quando é evidenciada a importância de fortalecer habilidades a nível individual que possibilitem lidar com estressores inerentes ao processo de adoecimento.

O enfrentamento potencial e positivo, enquanto atributo particular e interno possui forte influência sobre as ações concretas de lidar com a adversidade (Holahan & Moos, 1985; McCrae & Costa, 1986; O'Brien & DeLongis, 1996; Watson & Hubbard, 1996). Além disso, a promoção de *coping* no cenário dos avanços em adesão em TARV, envolve também variáveis como o fortalecimento de suporte social (Kelly et al., 1998; Wu, 2000), como

evidenciado no presente estudo quando refere-se ao poder preditivo do *coping* suporte sobre a adesão. Este suporte advém das relações interpessoais e da religião. Sobre as estratégias de enfrentamento pautadas na religião, achados anteriores como HIV/Aids.

Quanto à ordem hierárquica das variáveis, é importante esclarecer sobre o caráter mais geral e transcendente tanto dos valores (Gouveia, 2013; Gouveia, et al., 2015). quanto da positividade (Caprara et al., 2014b; Caprara, Alessandri, & Barbaranelli, 2010), uma vez que ambos não predizem diretamente os comportamentos. Configuram-se enquanto orientações mais estáveis que guiam e direcionam as condutas, entretanto, influenciam apenas indiretamente o comportamento de aderir ao tratamento antirretroviral.

Cabe mencionar, que apenas a variável *coping*, por estar presente em contextos que envolvem algum tipo de adversidade, é tomada como explicadora direta da conduta, uma vez que ao pensar em um indivíduo que recebe o diagnóstico soropositivo, o qual é reconhecido como adversidade no contexto brasileiro (Barbará, Sachetti, & Crepaldi, 2005; Gomes, Silva, & Oliveira, 2011), a maneira como este irá enfrentar esta situação irá impactar diretamente o fato de este aderir ou não ao tratamento. Em outras palavras, enfrentar de maneira positiva, tanto por meio de atributos pessoais, quanto por receber suporte externo, fará com que o indivíduo consiga aderir ao tratamento, uma vez que esta adesão constitui uma maneira positiva de preservar e manter a vida (Kelly et al., 1998; Seidl, 2001; Wu, 2000).

## **5.5 Principais achados**

Como mencionado previamente, a adesão ao tratamento antirretroviral é a principal garantia de aumento na expectativa de vida das pessoas que vivem com HIV/Aids. Contudo, os números apontados pelo Ministério da Saúde (2016) sobre a mortalidade causada pela não adesão ainda são alarmantes. Tais questões justificam o empreendimento de conhecer variáveis que possam estar relacionadas com a adesão, sobretudo no âmbito psicológico. Neste sentido, este estudo contribuiu demonstrando o papel dos valores sociais de cunho

interativos e normativos, assim como o valor pessoal de existência na compreensão da adesão ao tratamento antirretroviral.

Somado a estes achados, foi verificada a influência da positividade e dos tipos de enfrentamento na adesão ao TARV. Percebeu-se ainda que a idade dos indivíduos contribuiu para a adesão, de modo que quanto mais velhos eram os participantes, maior era o comprometimento em tomar a medicação prescrito pelo médico, além de realizar o acompanhamento no hospital, incluindo fazer exames e ir às consultas. Por fim, o tempo de diagnóstico também se mostrou importante na busca em conhecer os fatores que estão relacionados com a adesão. Semelhante ao que ocorre com a idade, quanto mais tempo os indivíduos possuíam convivendo com a doença, melhor era a adesão. Tais achados são importantíssimos, uma vez que oferecem um arcabouço teórico para os estudos que utilizam de variáveis positivas para compreender a adesão ao tratamento antirretroviral. Além disso, ressalta-se como caráter inovador a utilização dos valores humanos na explicação da adesão ao tratamento antirretroviral. Apesar das contribuições, como todo empreendimento científico, a presente dissertação não está isenta de limitações, sendo sobre estas que o próximo tópico irá tratar.

## **5.6 Limitações**

Apesar de relevantes contribuições, é reconhecido que algumas limitações estão presentes neste estudo, a começar pelas medidas utilizadas para mensurar as variáveis, pois estas foram todas de autorrelato, e o componente da desajustabilidade social poderia promover nos indivíduos a tendência de falsear as respostas (Gouveia, Guerra, Souza, Santos, & Costa, 2009; Soares et al., 2016).

É reconhecido que um dos maiores desafios para mensurar a adesão ao tratamento é a escassez de procedimentos capazes de garantir a adoção de um método padrão que seja capaz de analisar o nível de adesão do indivíduo (Carvalho et al., 2000). Neste caso, a utilização de

procedimentos biológicos, como a contagem de células e carga viral poderiam anular os efeitos da desejabilidade social. Entretanto a falta de atualização dos prontuários na instituição em que foi realizada esta pesquisa impossibilitou a utilização de medidas biológicas, que seguramente, garantiriam maior confiabilidade aos resultados. Destarte, com relação aos demais construtos avaliados (valores humanos, positividade e *coping*), poder-se-á utilizar medidas implícitas em estudos futuros.

Mesmo compreendendo um número de participantes dentro do comumente utilizado em pesquisas que realizam análises desse porte, por ser de caráter de conveniência, sugere-se uma restrição quanto à generalização dos resultados, necessitando de outros estudos para corroborá-los.

Em linha com o que anteriormente se comentou, é fundamental considerar as problemáticas de natureza biopsicossocial nos debates sobre HIV/Aids (Seidl, Melchiades, Farias, & Brito, 2007). Neste interim, é assumido que esta pesquisa contempla apenas uma parte da explicação da adesão, a saber, o caráter psicológico e pessoal, mas que outras variáveis sociais e contextuais também influenciam este comportamento, tais como o estigma (Katz et al., 2013; Sweeney, Mitzel, & Vanable, 2015).

### **5.7 Direções futuras e conclusões**

Ao observar evidências de que valores de orientação social estão estreitamente relacionados com a adesão ao tratamento antirretroviral, pode-se pensar em propostas interventivas pautadas em tais valores. Com isso, pretende-se endossar comportamentos de interação com grupos, que possam contribuir para aumentar a adesão em pacientes que vivem com HIV. Além disso, este trabalho oferece embasamento para a realização de estudos interventivos que favoreçam o desenvolvimento dos atributos de positividade e enfrentamento positivo, para melhorar a adesão em pacientes que não apresentam índices satisfatórios. Consequentemente, espera-se que os achados da presente dissertação possam

servir para o delineamento de estratégias voltadas para a diminuição da mortalidade em decorrência da não adesão ao tratamento antirretroviral, a qual ainda se configura como um emergencial problema de saúde pública. Orienta-se também que se desenvolvam estudos com objetivo de confirmar o modelo teórico explicativo proposto nesta dissertação, a fim de testar a estrutura encontrada e oferecer robustez aos achados.

**REFERÊNCIAS**

---

---

- Adejumo, O., Oladeji, B., Akpa, O., Malee, K., Baiyewu, O., Ogunniyi, A., ... & Taiwo, B. (2016). Psychiatric disorders and adherence to antiretroviral therapy among a population of HIV-infected adults in Nigeria. *International journal of STD & AIDS*, 27, 938-949
- Albuquerque, F. J. B., Noriega, J. A. V., Coelho, J. A. P., Neves, M. T., & Martins, C. R. (2006). Valores humanos básicos como preditores do bem-estar subjetivo. *Psico*, 37, 131-137.
- Alessandri, G., Caprara, G. V., & Tisak, J. (2012). The unique contribution of positive orientation to optimal functioning: Further explorations. *European Psychologist*, 17, 44-54.
- Allport G. (1950). *The individual and his religion: a psychological interpretation*. New York: Macmillan.
- Alonzo, A. A., & Reynolds, N. R. (1995). Stigma, HIV and AIDS: An exploration and elaboration of a stigma trajectory. *Social science & medicine*, 41, 303-315.
- American Educational Research Association [AERA], the American Psychological Association [APA] and the National Council on Measurement in Education [NCME] (1999). *Standards for educational and psychological testing*. Washington, DC: American Educational Research Association.
- Antoniazzi, A. S., Dell'Aglio, D. D., & Bandeira, D. R. (1998). O conceito de coping: uma revisão teórica. *Estudos de Psicologia*, 3, 273-294.
- Aquino, T. A. A. D., Gouveia, V. V., Silva, S. D. S., & Aguiar, A. A. D. (2013). Escala de Atitudes Religiosas, versão expandida (EAR-20): Evidências de validade. *Avaliação Psicológica*, 12, 109-119.
- Araújo, R. C. R. *Honra, valores humanos e traços de personalidade: A influência*

- cultural*. (2016). Tese de Doutorado. Departamento de psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Auerbach, E. R. (1989). Toward a social-contextual approach to family literacy. *Harvard Educational Review*, 59, 165-182.
- Baer, M. R., & Roberts, J. (2002). Complex HIV treatment regimens and patients quality of life. *Canadian Psychology*, 43, 115.-121.
- Bandura, A. (1994). Self-efficacy. In. VS Ramachaudran. *Encyclopedia of human behavior*, 4, 71-81.
- Bandura, A. (1997). *Self-efficacy: The exercise of control*. Macmillan.
- Barbará, A., Sachetti, V. A. R., & Crepaldi, M. A. (2005). Contribuições das representações sociais ao estudo da aids. *Interação em Psicologia*, 9, 331-339.
- Barbosa, A. S. M. (2006). *Adesão ao tratamento anti-retroviral entre idosos vivendo com Aids na grande São Paulo*. Tese de Doutorado, Universidade de São Paulo. Faculdade de Saúde Pública. Departamento de Epidemiologia.
- Barroso, L. M. M., Galvão, M. T. G., Cavalcante, R. M., & Freitas, J. G. (2016). Cuidado materno aos filhos nascidos expostos ao HIV/aids. *Northeast Network Nursing Journal*, 10, 155-164.
- Bartlett, J. A. (2002). Addressing the challenges of adherence. *Journal of Acquired Immuno Deficiency Syndrome*, 20, S2-S10.
- Berg K, Arnstein J. (2006). Practical and conceptual challenges in measuring antiretroviral adherence. *Journal Acquired Imunne Deficiency Syndrome*, 43, S79-S87.
- Berg, K. M., Demas, P. A., Howard, A. A., Schoenbaum, E. E., Gourevitch, M. N., & Arnsten, J. H. (2004). Gender differences in factors associated with adherence to antiretroviral therapy. *Journal of general internal medicine*, 19, 1111-1117.

- Berger, B. E., Ferrans, C. E., & Lashley, F. R. (2001). Measuring stigma in people with HIV: Psychometric assessment of the HIV stigma scale. *Research in nursing & health, 24*, 518-529.
- Bianchini, D. C. S., & Dell’Aglío, D. D. (2006). Processos de resiliência no contexto de hospitalização: um estudo de caso. *Paidéia, 16*, 427-436.
- Blanco, J. L., Mallolas, J., & Gatell, J. M. (2007). Historia natural, clasificación y pronóstico de la infección por VIH-1. In J. M. Gatell, B. Clotet, D. Podzamczar, J. M. Miró, & J. Mallolas (Eds.), *Guía práctica del SIDA: clínica, diagnóstico y tratamiento* (9. ed., pp. 49-61). Barcelona, España: Elsevier Masson.
- Bolsoni-Silva, A. T., & Marturano, E. M. (2007). A qualidade da interação positiva e da consistência parental na sua relação com problemas de comportamentos de pré-escolares. *Interamerican Journal of Psychology, 41*, 349-358.
- Bonolo, P. D. F., Gomes, R. R. D. F. M., & Guimarães, M. D. C. (2007). Adesão à terapia antirretroviral (HIV/aids): fatores associados e medidas da adesão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde, 16*, 267-278.
- Borsa, J. C., Damásio, B. F., & Koller, S. H. (2016). Positivity Scale (POS): New Evidence of Validity in the Brazilian Context. *Psico-USF, 21*, 1-12.
- Boyer, S., Clerc, I., Bonono, C. R., Marcellin, F., Bilé, P. C., & Ventelou, B. (2011). Non-adherence to antiretroviral treatment and unplanned treatment interruption among people living with HIV/AIDS in Cameroon: Individual and healthcare supply-related factors. *Social science & medicine, 72*, 1383-1392.
- Brasileiro, S. V. (2012). *Adaptação transcultural e propriedades psicométricas do COPE breve em uma amostra brasileira*. Dissertação de Mestrado. Programa de Ciências da Saúde. Universidade Federal de Goiás.
- Brito, A. M., Castilho, E. A., & Szwarcwald, C. L. (2000). AIDS e infecção pelo HIV

- no Brasil: uma epidemia multifacetada. *Revista da Sociedade Brasileira de Medicina Tropical*, 34, 207-217.
- Byrne, B. M. (2010). *Multivariate applications series*. Structural equation modeling with AMOS: Basic concepts, applications, and programming (2nd ed.). New York: Routledge/Taylor & Francis Group.
- Calvetti, P. Ü., Muller, M. C., & Nunes, M. L. T. (2007). Psicologia da saúde e psicologia positiva: perspectivas e desafios. *Psicologia: ciência e profissão*, 27, 706-717.
- Campos, L. N., Guimarães, M. D. C., & Remien, R. H. (2010). Anxiety and depression symptoms as risk factors for non-adherence to antiretroviral therapy in Brazil. *AIDS and Behavior*, 14, 289-299.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., & Barbaranelli, C. (2010). Optimal functioning: The contribution of self-efficacy beliefs to positive orientation. *Psychotherapy and Psychosomatics*, 79, 328-330.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Eisenberg, N., Kupfer, A., Steca, P., Caprara, M. G.,... Abela, J. (2012a). The positivity scale. *Psychological Assessment*, 24, 701-712.
- Caprara, G. V., Alessandri, G., Trommsdorff, G., Heikamp, T., Yamaguchi, S., & Suzuki, F. (2012b). Positive orientation across three cultures. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 43, 77-83.
- Caprara, G. V., Fratte, A. D., & Steca, P. (2002). Determinanti personali del benessere in adolescenza: Indicatori e predittori (Personal determinants of adolescents' well-being: indicators and predictors). *Psicologia Clinica dello Sviluppo*, 2, 203-223.
- Caprara, G. V. & Steca, P. (2005). Affective and social self-regulatory efficacy beliefs as determinants of positive thinking and happiness. *European Psychologist*, 10, 275-286.

- Caprara, G. V. & Steca, P. (2006). The contribution of self-regulatory efficacy beliefs in managing affect and family relationships to positive thinking and hedonic balance. *Journal of Social and Clinical Psychology, 25*, 601-625.
- Caprara, G. V., Steca, P., Alessandri, G., Abela, J. R. Z., & McWhinnie, C. M. (2010). Positive orientation: Explorations on what is common to life satisfaction, self-esteem, and optimism. *Epidemiologia e Psichiatria Sociale, 19*, 63-71.
- Caraciolo, J. M. D. M., Santa Helena, E. T. D., Basso, C. R., Souza, R. A. D., Silva, M. H. ... & Nemes, M. I. B. (2009). Atividades para melhoria da adesão à TARV em serviços de saúde do SUS no estado de São Paulo, 2007. *Saúde e Sociedade, 18*, 79-83.
- Cardoso, L., & Galera, S. A. F. (2006). Adesão ao tratamento psicofarmacológico. *Acta Paul Enfermagem, 19*, 343-348.
- Carrobbles, J. A., Remor, E., & Rodríguez-Alzamora, L. (2003). Afrontamiento, apoyo social percibido y distrés emocional en pacientes con infección por VIH. *Psicothema, 15*, 420-426.
- Carvalho, C. V. D., Duarte, D. B., Merchán-Hamann, E., Bicudo, E., & Laguardia, J. (2003). Predictors of compliance with highly active antiretroviral therapy in Brasilia, Distrito Federal, Brazil, 1999-2000. *Cadernos de Saúde Pública, 19*, 593-604.
- Carvalho, F. T. D., Morais, N. A. D., Koller, S. H., & Piccinini, C. A. (2007). Fatores de proteção relacionados à promoção de resiliência em pessoas que vivem com HIV/AIDS. *Cadernos de saúde pública, 23*, 2023-2033.
- Carver, C. S. (1997). You want to measure coping but your protocol's too long: Consider the brief cope. *International journal of behavioral medicine, 4*, 92-100.
- Carver, C. S., & Scheier, M. F. (1994). Situational coping and coping dispositions in a stressful transaction. *Journal of personality and social psychology, 66*, 184-195.

- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Segerstrom, S. C. (2010). Optimism. *Clinical Psychology Review, 30*, 879-889.
- Carver, C. S., Scheier, M. F., & Weintraub, J. K. (1989). Assessing coping strategies: a theoretically based approach. *Journal of personality and social psychology, 56*, 267-283.
- Castilho, E. A., & Chequer, P. (1997). Epidemiologia do HIV. AIDS no Brasil. In: Parker R, ed. Políticas, Instituições e AIDS: Enfrentando a Epidemia no Brasil. Rio de Janeiro, Brazil: ABIA, 17-42.
- Castro, E. K. D., & Remor, E. A. (2004). Aspectos psicossociais e HIV/AIDS: um estudo bibliométrico (1992-2002) comparativo dos artigos publicados entre Brasil e Espanha. *Psicologia Reflexão e Crítica, 17*, 243-50.
- Cattell, R. B. (1966). The scree test for the number of factors. *Multivariate Behavioral Research, 1*, 245-276.
- Catz, S. L., Kelly, J. A., Bogart, L. M., Benotsch, E. G., & McAuliffe, T. L. (2000). Patterns, correlates, and barriers to medication adherence among persons prescribed new treatments for HIV disease. *Health Psychology, 19*, 124-133.
- Centers for Disease Control and Prevention - CDC. (2008). HIV prevalence estimates—United States, 2006. MMWR. *Morbidity and mortality weekly report, 57*, 1073-1076.
- Chaves, C. M. C. M. (2006). Compromisso Convencional: Fator de proteção para as condutas Agressivas, Anti-sociais e de Uso de Alcool? Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Chaves, E. C., Cade, N. V., Montovani, M., F de Leite, R. D. C. B., & Spire, W. C. (2000). Coping: significados, interferência no processo saúde-doença e relevância para a enfermagem. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 34*, 370-375.

- Coleta, J., & Coleta, M. (2006). Felicidade, bem-estar subjectivo e comportamento acadêmico de estudantes universitários. *Psicologia em estudo, 11*, 533-539.
- Colombrini, M. R. C., Lopes, M. H. B. M., & Figueiredo, R. M. (2006). Adesão à terapia antiretroviral para HIV/AIDS. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 40*, 576-581.
- Compas, B. E., Banez, G. A., Malcarne, V., & Worsham, N. (1991). Perceived control and coping with stress: A developmental perspective. *Journal of Social Issues, 47*, 23-34.
- Diener, E. (2013). The remarkable changes in the science of subjective well-being. *Perspectives on Psychological Science, 8*, 663-666.
- Diener, E., Scollon, C. K. N., Oishi, S., Dzokoto, V., & Suh, E. M. (2000). Positivity and the construction of life satisfaction judgments: Global happiness is not the sum of its part. *Journal of Happiness Studies, 1*, 159-176.
- Diener, E., Emmons, R. A., Larsen, R. J., & Griffin, S. (1985). The satisfaction with life scale. *Journal of Personality Assessment, 49*, 71-75.
- DiMatteo, M. R. (2004). Variations in patients' adherence to medical recommendations: a quantitative review of 50 years of research. *Medical care, 42*, 200-209.
- Duesberg, P. H., Mandrioli, D., McCormack, A., Nicholson, J. M., Rasnick, D., Fiala, C., ... & Ruggiero, M. (2011). AIDS since 1984: No evidence for a new, viral epidemic-not even in Africa. *Italian Journal of Anatomy and Embryology, 116*, 73-92.
- Dunbar, H. T., Mueller, C. W., Medina, C., & Wolf, T. (1998). Psychological and spiritual growth in women living with HIV. *Social Work, 43*, 144-154.
- Earnshaw, V. A., Lang, S. M., Lippitt, M., Jin, H., & Chaudoir, S. R. (2015). HIV stigma and physical health symptoms: Do social support, adaptive coping, and/or identity centrality act as resilience resources?. *AIDS and Behavior, 19*, 41-49.

- Earnshaw, V. A., Smith, L. R., Chaudoir, S. R., Amico, K. R., & Copenhaver, M. M. (2013). HIV stigma mechanisms and well-being among PLWH: a test of the HIV stigma framework. *AIDS and Behavior, 17*, 1785-1795.
- Emlet, C. A., Harris, L., Furlotte, C., Brennan, D. J., & Pierpaoli, C. M. (2016). 'I'm happy in my life now, I'm a positive person': approaches to successful ageing in older adults living with HIV in Ontario, Canada. *Ageing and Society, 1*-24.
- EURO HIV. *HIV/AIDS Surveillance in Europe*. (2009). Disponível em: [http://ecdc.europa.eu/en/publications/\\_layouts/forms/Publication\\_DispForm.aspx?ID=327&List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90](http://ecdc.europa.eu/en/publications/_layouts/forms/Publication_DispForm.aspx?ID=327&List=4f55ad51-4aed-4d32-b960-af70113dbb90). Acessado em 19 de maio de 2016.
- Faria, J. B., & Seidl, E. M. F. (2004). *Religiosidade, enfrentamento e bem-estar subjetivo em pessoas vivendo com HIV/AIDS*. Tese de Doutorado. Instituto de Psicologia da Universidade de Brasília.
- Faria, J. B. D., & Seidl, E. M. F. (2006). Religiosity, coping and well-being in people living with HIV/Aids. *Psicologia em Estudo, 11*, 155-164.
- Faustino, Q. M., & Seidl, E. M. F. (2010). Intervenção Cognitivo-Comportamental e Adesão ao Tratamento em Pessoas com HIV/Aids1. *Psicologia: Teoria e Pesquisa, 26*, 121-130.
- Fernandes, H. M., Vasconcelos-Raposo, J., Bertelli, R., & Almeida, L. (2011). Satisfação escolar e bem-estar psicológico em adolescentes portugueses. *Revista Lusófona de Educação, 18*, 155-172.
- Folkman, S., Lazarus, R. S., Gruen, R. J., & Longis, A. (1986). Appraisal, coping, health status, and psychological symptoms. *Journal of personality and social psychology, 50*, 571-572.
- Fonseca, P. D., Chaves, S. D. S., & Gouveia, V. V. (2006). Professores do ensino

- fundamental e bem-estar subjetivo: uma explicação baseada em valores. *Psico-USF*, *11*, 45-52.
- Fredrickson, B. L. (2009). *Positivity: Groundbreaking research reveals how to embrace the hidden strength of positive emotions, overcome negativity, and thrive*. New York: Crown.
- Freitas, J. G. D., Galvão, M. T. G., Araujo, M. F. M., Costa, Ê., & Lima, I. C. V. D. (2012). Enfrentamentos experienciados por homens que vivem com HIV/Aids no ambiente de trabalho. *Rev Esc Enferm USP*, *46*, 720-726.
- Friedland, J., Renwick, R., & McColl, M. (1996). Coping and social support as determinants of quality of life in HIV/AIDS. *AIDS Care*, *8*, 15-32.
- Froh, J. J. (2004). The history of positive psychology: Truth be told. *NYS psychologist*, *16*, 18-20.
- Gable, S., & Haidt, J. (2005). What (and Why) is positive psychology? *Review of General Psychology*, *9*, 103- 110.
- Gallo, R. C., & Montagnier, L. (2003). The discovery of HIV as the cause of AIDS. *New England Journal of Medicine*, *349*, 2283-2285.
- Galvão, J. (2002). *1980-2001: uma cronologia da epidemia de HIV. AIDS no Brasil e no mundo*. Rio de Janeiro: ABIA.
- Garrido, L. E., Abad, F. J., & Ponsoda, V. (2013). A new look at Horn's parallel analysis with ordinal variables. *Psychological Methods*, *18*, 454-474.
- Gomes, A. M. T., Silva, E. M. P., & Oliveira, D. D. (2011). Representações sociais da AIDS para pessoas que vivem com HIV e suas interfaces cotidianas. *Rev. Latino-Am. Enfermagem*, *19*, 01-08.
- Gordillo, V., Del Amo, J., Soriano, V., & González-Lahoz, J. (1999).

- Sociodemographic and psychological variables influencing adherence to antiretroviral therapy. *Aids*, 13, 1763-1769.
- Gouveia, V. V. (1998). La naturaleza de los valores descriptores del individualismo y del colectivismo: Una comparación intra e intercultural.
- Gouveia, V. V. (2003). A natureza motivacional dos valores humanos: Evidências acerca de uma nova tipologia. *Estudos de Psicologia*, 8, 431-443.
- Gouveia, V. V. (2013). *Teoria funcionalista dos valores humanos: Fundamentos, aplicações e perspectivas*. São Paulo, SP: Caso do Psicólogo.
- Gouveia, V. V., Athayde, R. A. A., Gouveia, R. S., Gomes, A. I. A. S. D., & Souza, R. V. L. D. (2010). Escala de Altruísmo Autoinformado: evidências de validade de construto. *Aletheia*, 33, 30-44.
- Gouveia, V. V., Barbosa, G. A., Andrade, E. D. O., & Carneiro, M. B. (2005). Medindo a satisfação com a vida dos médicos no Brasil. *Jornal Brasileiro de Psiquiatria*, 54, 298-305.
- Gouveia, V. V., Gonçalves, M. P., Costa, J. M., de Araújo, L. B. U., Gouveia, R. S., & Medeiros, E. D. (2009). Disposição para perdoar, desejabilidade social e religião: um estudo correlacional. *Revista Bioética*, 17, 297-308.
- Gouveia, V. V., Guerra, V. M., Souza, D. M. F., Santos, W. S., & Costa, J. M. (2009). Escala de Desejabilidade Social de Marlowe-Crowne: Evidências de sua validade fatorial e consistência interna. *Avaliação Psicológica*, 8, 87-98.
- Gouveia, V. V., Fonsêca, P. N., Milfont, T. L., & Fischer, R. (2011). *Valores humanos: Contribuições e perspectivas teóricas*. A psicologia social: Principais temas e vertentes, 296-313.
- Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fischer, R., & de Miranda Coelho, J. A. P. (2009).

Teoria funcionalista dos valores humanos: Aplicações para organizações. *Revista de Administração Mackenzie*, 10, 34-59.

Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Fischer, R., & Santos, W. S. (2008). Teoria funcionalista dos valores humanos. In M. L. M. Teixeira (Ed.), *Valores humanos e gestão: Novas perspectivas* (pp. 47-80). São Paulo, SP: Serviço Nacional de Aprendizagem Comercial.

Gouveia, V. V., Milfont, T. L., Gouveia, R. S., de Medeiros, E. D., Vione, K. C., & Soares, A. K. S. (2012). Escala de vitalidade subjetiva–EVS: Evidências de sua adequação psicométrica. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 28, 05-13.

Gouveia, V., Milfont, T. L., Vione, K. C., & Santos, W. S. (2015). Guiding Actions and Expressing Needs: On the Psychological Functions of Values. *Psyche*, 24, 1-14.

Gouveia, V.V., Milfont, T.L., & Guerra, V. M. (2014a). Functional theory of human values: Testing its content and structure hypotheses. *Personality and Individual Differences*, 60, 41-47.

Gouveia, V. V., Milfont, T. L., & Guerra, V. M. (2014b). The functional theory of human values: From intentional overlook to first acknowledgement: A reply to Schwartz. *Personality and Individual Differences*, 68, 250-253.

Gouveia, V. V., Santos, W. S., Athayde, R. A. A., Souza, R. V. L., & Gusmão, E. É. S.(2014). Valores, altruísmo e comportamentos de ajuda: comparando doadores e não doadores de sangue. *Psico*, 45, 209-218.

Gouveia, V. V., Souza Filho, M. L. D., Araújo, A. G. T. D., Guerra, V. M., & Sousa, D. F. M. D. (2006). Correlatos valorativos das motivações para responder sem preconceito. *Psicologia Reflexão e Crítica*, 19, 422-432.

Gouveia, V. V., Vione, K. C., Milfont, T. L., & Fischer, R. (2015). Patterns of value

change during the life span: Some evidence from a functional approach to values. *Personality and Social Psychology Bulletin*, 41, 1276-1290.

- Grangeiro, A., Teixeira, L., Bastos, F. I., & Teixeira, P. (2006). Sustainability of Brazilian policy for access to antiretroviral drugs. *Revista de Saúde Pública*, 40, 60-69.
- Gusmão, E. E. S., Nascimento, B. S., & Aquino, T. A. A. (2016). A Psicologia Positiva e o estudo dos Valores. In Gouveia V. V. *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: áreas de estudo e aplicações*. 1 ed. São Paulo: Vetor.
- Gusmão, J. L., & Mion Jr, D. (2006). Adesão ao tratamento – conceitos. *Revista Brasileira de Hipertensão*, 13, 23-25.
- Hair, J., Anderson, R. O., & Tatham, R. (1987). *Multidimensional data analysis*. New York: Macmillan Publishing.
- Hall D.E., Meador K. G., & Koenig H. G. (2008). Measuring religiousness in health research: review and critique. *J Relig Health*, 47, 134-63.
- Han, C. S., Ayala, G., Paul, J. P., Boylan, R., Gregorich, S. E., & Choi, K. H. (2015). Stress and coping with racism and their role in sexual risk for HIV among African American, Asian/Pacific Islander, and Latino men who have sex with men. *Archives of sexual behavior*, 44, 411-420.
- Haynes, R. B. (1979). Determinants of adherence: the disease and the mechanisms of treatment. *Adherence in health care*. Baltimore: John Hopkins Press. HAYS, RB, CHAUNCY, S. & TOBEY, LA (1990). The social support networks of gay men with AIDS. *American Journal of Community Psychology*, 18, 743-755.
- Herek, G. M. (1999). AIDS and stigma. *American Behavioral Scientist*, 42, 1106-1116.
- Herek, G. M., & Glunt, E. K. (1988). An epidemic of stigma: Public reactions to

- AIDS. *American Psychological Association*, 43, 886-891.
- Hofstede, G. (1984). *Culture's consequences: International differences in work-related values* (Vol. 5). Sage.
- Holahan, C. J., & Moos, R. H. (1985). Life stress and health: Personality, coping, and family support in stress resistance. *Journal of Personality and Social Psychology*, 49, 739-747.
- Hooper, E. (1999). *The river: a journey to the source of HIV and AIDS*. Boston, Massachusetts, Little, Brown and Company.
- Hooper, D., Coughlan, J., & Mullen, M. (2008). Structural equation modelling: Guidelines for determining model fit. *Electronic Journal of Business Research Methods*, 6, 53-60.
- Horn, J.L. (1965). A rationale and test for the number of factors in factor analysis. *Psychometrika*, 3, 179-185.
- Horvath, T., Azman, H., Kennedy, G. E., & Rutherford, G. W. (2012). *Mobile phone text messaging for promoting adherence to antiretroviral therapy in patients with HIV infection*. The Cochrane Library.
- Houston, E., & Fominaya, A. W. (2015). Antiretroviral therapy adherence in a sample of men with low socioeconomic status: The role of task-specific treatment self-efficacy. *Psychology, health & medicine*, 20, 896-905
- Inglehart, R. (1977). Long term trends in mass support for European unification. *Government and Opposition*, 12, 150-177.
- Inglehart, R. (1991). *El cambio cultural en las sociedades industriales avanzadas*. Madrid, España: Centro de Investigaciones Sociológicas Siglo XXI.
- Jayawickreme, E., & Pawelski, J. O. (2012). Positivity and the capabilities approach. *Philosophical Psychology*, 26, 383-400.

- Kaiser, H.F. (1960). The application of electronic computers to factor analysis. *Educational and Psychological Measurement*, 2, 141-151.
- Katz, I. T., Ryu, A. E., Onuegbu, A. G., Psaros, C., Weiser, S. D., Bangsberg, D. R., & Tsai, A. C. (2013). Impact of HIV-related stigma on treatment adherence: systematic review and meta-synthesis. *Journal of the International AIDS Society*, 16, 1-25.
- Kelly, J. A., Otto-Salaj, L. L., Sikkema, K. J., Pinkerton, S. D., & Bloom, F. R. (1998). Implications of HIV treatment advances for behavioral research on AIDS: Protease inhibitors and new challenges in HIV secondary prevention. *Health Psychology*, 17, 310-319.
- King, M. B., & Hunt, R. A. (1972). Measuring the religious variable: Replication. *Journal for the Scientific Study of Religion*, 11, 240-251.
- Lazarus, R. S., & Folkman, S. (1984). *Stress, appraisal, and coping*. New York: Springer publishing Company.
- Lee, R. S., Kochman, A., & Sikkema, K. J. (2002). Internalized stigma among people living with HIV-AIDS. *AIDS and Behavior*, 6, 309-319.
- Lee, M., Nezu, A. M., & Nezu, C. M. (2014). Positive and negative religious coping, depressive symptoms, and quality of life in people with HIV. *Journal of behavioral medicine*, 37, 921-930.
- Leite, J. C. C., Drachler, M. L., Centeno, M. O., Pinheiro, C. A. T., & Silveira, V. L. (2002). Desenvolvimento de uma escala de auto-eficácia para adesão ao tratamento anti-retroviral. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 15, 121-133.
- Liamputtong, P. (2015). *Stigma, Discrimination and Living with HIV/AIDS*. Springer.
- Lignani Junior, L., Greco, D. B., & Carneiro, M. (2001). Avaliação da aderência aos

- anti-retrovirais em pacientes com infecção pelo HIV/AIDS. *Revista de Saúde Pública*, 35, 495-501.
- Lopez, D. F., & Little, T. D. (1996). Children's action-control beliefs and emotional regulation in the social domain. *Developmental Psychology*, 32, 299-312.
- Lorscheider, J. A., Geronimo, K., & Colacite, J. (2012). Estudo da adesão à terapia antirretroviral para HIV/AIDS de pacientes atendidos no município de Toledo/PR. *Acta Biomédica Brasiliensia*, 3, 41-51.
- Lyimo, R. A., Stutterheim, S. E., Hospers, H. J., de Glee, T., van der Ven, A., & de Bruin, M. (2014). Stigma, disclosure, coping, and medication adherence among people living with HIV/AIDS in Northern Tanzania. *AIDS patient care and STDs*, 28, 98-105.
- Lyubomirsky, S., & Lepper, H. S. (1999). A measure of subjective happiness: Preliminary reliability and construct validation. *Social Indicators Research*, 46, 137-155.
- Marques, M. C. D. C. (2003). A história de uma epidemia moderna: a emergência política da Aids/HIV no Brasil. EDUEM.
- Marujo, H. Á., Neto, L. M., Caetano, A., & Rivero, C. (2007). Revolução positiva: Psicologia positiva e práticas apreciativas em contextos organizacionais. *Comportamento organizacional e gestão*, 13, 115-136.
- Maslow, A. (1954). *Motivation and Personality*. New York: Harpers.
- McCrae, R. R., & Costa, P. T. (1986). Personality, coping, and coping effectiveness in an adult sample. *Journal of Personality*, 54, 385-404.
- Medeiros, E. D. (2011). *Teoria Funcionalista dos Valores Humanos: Testando sua adequação intra e interculturalmente*. Tese de Doutorado. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa, PB.
- Medeiros, E. D., Gouveia, V. V., Gusmão, E. É. S., Milfont, T. L., Fonseca,

- P. N., & Aquino, T. A. A. (2012). Teoria funcionalista dos valores humanos: evidências de sua adequação no contexto paraibano. *Revista de Administração Mackenzie*, *13*, 18-44.
- Milfont, T. L., Gouveia, V. V., & Costa, J. B. (2006). Determinantes psicológicos da intenção de constituir família. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *19*, 25-33.
- Miller, N. H., Hill, M., Kottke, T., & Ockene, I. S. (1997). The multilevel compliance challenge: recommendations for a call to action. *Circulation*, *95*, 1085-1090.
- Mills, E. J., Nachega, J. B., Buchan, I., Orbinski, J., Attaran, A., Singh, S., ... & Ministério da Saúde (2011). Sistema Nacional de Vigilância em Saúde. Relatório de Situação – Paraíba. 5 edição.
- Ministério da Saúde. (2016). Secretaria de Vigilância em Saúde. Boletim Epidemiológico – Aids e DST. Ano V. n. 01, pp. 03-55, ISSN: 1517-1159.
- Ministério da Saúde. (2016) Departamento de IST, Aids e Hepatites Virais. Portal sobre aids, infecções sexualmente transmissíveis e hepatites virais.
- Miranzi, S. D. S. C., Ferreira, F. S., Iwamoto, H. H., Pereira, G. D. A., & Miranzi, M. A. S. (2008). Qualidade de vida de indivíduos com diabetes mellitus e hipertensão acompanhados por uma equipe de saúde da família. *Texto Contexto Enfermagem*, *17*, 672-679.
- Moos, R. (Ed.). (2013). *Coping with life crises: An integrated approach*. Springer.
- Mostashari, F., Riley, E., Selwyn, P. A., & Altice, F. L. (1998). Acceptance and adherence with antiretroviral therapy among HIV-infected women in a correctional facility. *JAIDS Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, *18*, 341-348.
- Mueller, D. J., & Wornhoff, S. A. (1990). Distinguishing personal and social values. *Educational and Psychological Measurement*, *50*, 691-699.
- Nakanjako, D., Kanya, M., Daniel, K., Mayanja-Kizza, H., Freers, J., Whalen, C., &

- Katabira, E. (2007). Acceptance of routine testing for HIV among adult patients at the medical emergency unit at a national referral hospital in Kampala, Uganda. *AIDS and Behavior, 11*, 753-758.
- Nascimento, A. M. (2016). *Satisfação com a vida: Uma explicação pautada na crença no mundo justo e nos valores humanos*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Nemes, M. I. B., Souza, M. F. M., Kalichman, A. O., Grangeiro, A., Souza, R. A., & Lopes, J. F. (1999). Avaliação da aderência ao tratamento por antirretrovirais em usuários de ambulatórios do sistema público de assistência à Aids no Estado de São Paulo. *São Paulo: Programa Estadual de DST e AIDS*, Secretaria Estadual de Saúde de São Paulo.
- Nemes, M. I. B., Castanheira, E. R. L., Helena, E. T. D. S., Melchior, R., Caraciolo, J. M., Basso, C. R., & Ferraz, D. A. D. S. (2009). Adesão ao tratamento, acesso e qualidade da assistência em Aids no Brasil. *Revista da Associação Médica Brasileira, 55*, 207-212.
- Newville, H., Berg, K. M., & Gonzalez, J. S. (2015). The interaction of active substance use, depression, and antiretroviral adherence in methadone maintenance. *International journal of behavioral medicine, 22*, 214-222
- O'Brien, T. B., & DeLongis, A. (1996). The interactional context of problem-, emotion-, and relationship-focused coping: the role of the big five personality factors. *Journal of personality, 64*, 775-813.
- Odou, N., & Vella-Brodrick, D. A. (2013). The efficacy of Positive Psychology interventions to increase well-being and the role of mental imagery ability. *Social Indicators Research, 110*, 111-129.
- Olley, B. O., Gxamza, F., Seedat, S., Theron, H., Taljaard, J., ... & Stein, D. J. (2003).

- Psychopathology and coping in recently diagnosed HIV/AIDS patients-the role of gender. *South African Medical Journal*, 93, 928-931.
- Organização Mundial da Saúde. (2005). *Prevenção de doenças crônicas: um investimento vital*. Brasília (DF).
- Oyugi, J. H., Byakika-Tusiime, J., Charlebois, E. D., Kityo, C., Mugerwa, R., Mugenyi, P., & Bangsberg, D. R. (2004). Multiple validated measures of adherence indicate high levels of adherence to generic HIV antiretroviral therapy in a resource-limited setting. *Journal of Acquired Immune Deficiency Syndromes*, 36, 1100-1102.
- Pacico, J. C., & Bastianello, M. R. (2014). As origens da psicologia positiva e os primeiros estudos brasileiros. In Hutz, C. S. *Avaliação em Psicologia Positiva*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Padoin, S. M. M., Paula, C. C. D., Zuge, S. S., Primeira, M. R., Santos, E. E. P., & Tolentino, L. C. (2011). Fatores associados à não adesão ao tratamento antirretroviral em adultos acima de 50 anos que têm HIV/AIDS. *DST-J Bras Doenças Sex Transm*, 23, 194-197.
- Paludo, S. D. S., & Koller, S. H. (2007). Psicologia Positiva: uma nova abordagem para antigas questões. *Paidéia*, 17, 9-20.
- Pakizeh, A., Gebauer, J. E., & Maio, G. R. (2007). Basic human values: Inter-value structure in memory. *Journal of Experimental Social Psychology*, 43, 458-465.
- Parker, R., & Aggleton, P. (2003). HIV and AIDS-related stigma and discrimination: a conceptual framework and implications for action. *Social science & medicine*, 57, 13-24.
- Parkes, K. R. (1984). Locus of control, cognitive appraisal, and coping in stressful episodes. *Journal of personality and social psychology*, 46, 655-668.
- Passareli, P. M., & Silva, J. A. D. (2007). Positive psychology and the subjective well-being study. *Estudos de Psicologia (Campinas)*, 24, 513-517.

- Pasquali, L. (1998). Princípios de elaboração de escalas psicológicas. *Revista de Psiquiatria Clínica, 25*, 206-213.
- Pasquali, L. (1999). *Instrumentos psicológicos: Manual prático de elaboração*. Brasília: LabPAM / IBAP.
- Pasquali, L. (2009). Psychometrics. *Revista da Escola de Enfermagem da USP, 43*, 992-999.
- Peres, M. F. P., Arantes, A. C. D. L. Q., Lessa, P. S., & Caous, C. A. (2007). A importância da integração da espiritualidade e da religiosidade no manejo da dor e dos cuidados paliativos. *Archives of Clinical Psychiatry, 34*, 82-87.
- Pimentel, C. E. (2004). *Valores humanos, preferência musical, identificação grupal e comportamentos de risco*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia, Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Pinheiro, C. A. T., Leite, J. C. C., Drachler, M. L., & Silveira, V. L. (2002). Factors associated with adherence to antiretroviral therapy in HIV/AIDS patients: a cross-sectional study in Southern Brazil. *Brazilian Journal of Medical and Biological Research, 35*, 1173-1181.
- Polejack, L., & Seidl, E. M. F. (2010). Monitoring and evaluation of adherence to ARV treatment for HIV/aids: challenges and possibilities. *Ciencia & saude coletiva, 15*, 1201-1208.
- Poudel, K. C., Buchanan, D. R., Amiya, R. M., & Poudel-Tandukar, K. (2015). Perceived family support and antiretroviral adherence in HIV-positive individuals: results from a community-based positive living with HIV study. *International quarterly of community health education, 36*, 71-91.
- Prati, L. E., & Koller, S. H. (2011). Relacionamento conjugal e transição para a coparentalidade: perspectiva da psicologia positiva. *Psicologia Clínica, 23*, 103-118.
- Preston, S. D. (2013). The origins of altruism in offspring care. *Psychological*

*bulletin*, 139, 1305-1341.

Rabkin, J. G., Ferrando, S. J., Lin, S. H., Sewell, M., & McElhiney, M. (2000).

Psychological effects of HAART: a 2-year study. *Psychosomatic Medicine*, 62, 413-422.

Rachid, M., & Schechter, M. (2000). Manual de HIV/aids. In Manual de HIV/aids.

Revinter.

Rashid, T. (2009). Positive interventions in clinical practice. *Journal of Clinical Psychology*, 65, 461-466.

Reed, G. M., Kemeny, M. E., Taylor, S. E., Wang, H. Y. J., & Visscher, B. R. (1994).

Realistic acceptance as a predictor of decreased survival time in gay men with AIDS. *Health Psychology*, 13, 299-307.

Reiners, A. A. O., Azevedo, R. C. D. S., Vieira, M. A., & Arruda, A. L. G. D. (2008).

Bibliographic production about adherence/non-adherence to therapy. *Ciência & Saúde Coletiva*, 13, 2299-2306.

Reis, R. K. (2008). Qualidade de vida de portadores do HIV/aids: influência dos

fatores demográficos, clínicos e psicossociais (Doctoral dissertation, Universidade de São Paulo).

Reis, A. C., Lencastre, L., Guerra, M. P., & Remor, E. (2010). Relação entre

sintomatologia psicopatológica, adesão ao tratamento e qualidade de vida na infecção HIV e AIDS. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, 23, 420-429.

Remien, R. H., Hirky, A. E., Johnson, M. O., Weinhardt, L. S., Whittier, D., & Le, G.

M. (2003). Adherence to medication treatment: A qualitative study of facilitators and barriers among a diverse sample of HIV+ men and women in four US cities. *AIDS and Behavior*, 7, 61-72.

- Remor, E. (2002). Social support and quality of life in patients with HIV infection. *Atenção Primária, 30*, 143-148.
- Remor, E. (2006). Psychometric properties of a European Spanish version of the Perceived Stress Scale (PSS). *The Spanish journal of psychology, 9*, 86-93.
- Remor, E., Milner-Moskovics, J., & Preussler, G. (2007). Adaptação brasileira do "Cuestionario para la Evaluación de la Adhesión al Tratamiento Antiretroviral". *Revista de Saúde Pública, 41*, 685-694.
- Renesto, H. M. F., Falbo, A. R., Souza, E., & Vasconcelos, M. G. (2014). Enfrentamento e percepção da mulher em relação à infecção pelo HIV. *Revista de Saúde Pública, 48*, 36-42.
- Reppold, C. T., Gurgel, L. G., & Schiavon, C. C. (2015). Research in positive psychology: a systematic literature review. *Psico-USF, 20*, 275-285.
- Resende, M. C. D., & Gouveia, V. V. (2011). Quality of life in adults with physical disability. *Psicologia: Reflexão e Crítica, 24*, 99-106.
- Rich, G. J. (2001). Positive psychology: An introduction. *Journal of Humanistic Psychology, 41*, 8-12.
- Rokeach, M. (1973). *The nature of human values* (Vol. 438). New York: Free press.
- Rokeach, M. (1981). *Crenças, atitudes e valores*. Rio de Janeiro: Interciência.
- Ronen, S. (1994). An underlying structure of motivational need taxonomies: a cross-cultural confirmation. In: TRIANDIS, H. C.; DUNNETTE, M. D.; HOUGH, I. M. (Ed.). *Handbook of industrial and organizational psychology*. Palo Alto, CA: Consulting Psychologists Press, 4, 241-269
- Ros, M. (2006). Psicologia social dos valores: Uma perspectiva histórica. In M. Ros & V. V. Gouveia (Eds.). *Psicologia social dos valores humanos: Desenvolvimentos teóricos, metodológicos e aplicados* (pp. 23-53). São Paulo: Editora Senac.

- Rosenberg, M. (1965). *Society and the Adolescent Self-image*. Princeton: Princeton University Press.
- Rudolph, K. D., Denning, M. D., & Weisz, J. R. (1995). Determinants and consequences of children's coping in the medical setting conceptualization, review, and critique. *Psychological Bulletin*, *118*, 328-357.
- Rutter, M. (2012). Resilience as a dynamic concept. *Development and psychopathology*, *24*, 335-344.
- Salanova, M., Martínez, I. M., & Llorens, S. (2008). La Psicología de la Salud ocupacional positiva. *Infocop*, *38*, 32-40.
- Sanchez, V. M. Z., de Oliveira, L. G., & Nappo, S. A. (2004). Fatores protetores de adolescentes contra o uso de drogas com ênfase na religiosidade. *Ciência & Saúde Coletiva*, *9*, 43-55.
- Santa-Helena, E. T. D., Nemes, M. I. B., & Eluf Neto, J. (2010). Fatores associados à não-adesão ao tratamento com anti-hipertensivos em pessoas atendidas em unidades de saúde da família. *Cadernos de Saúde Pública*, *26*, 2389-2398.
- Scalera A, Bayoumi AM, Oh P, Risebrough N, Shear N, Tseng AL (2002). Clinical and economic implications of non-adherence to HAART in HIV infection. *Disease Management and Health Outcomes*, *10*, 85-91.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1985). Optimism, coping, and health: Assessment and implications of generalized outcome expectancies. *Health Psychology*, *4*, 219-247.
- Scheier, M. F., & Carver, C. S. (1993). On the power of positive thinking: The benefits of being optimistic. *Current Directions in Psychological Science*, *2*, 26-30.
- Scherer, A. (2012). HIV/AIDS: Um fenômeno "comunicatológico". *Revista Santa Catarina em História*, *5*, 127-136.
- Schmitz, M. F., & Crystal, S. (2000). Social relations, coping, and psychological

- distress among persons with HIV/AIDS. *Journal of applied social psychology*, 30, 665-685.
- Schwartz, S. H. (1992). Universals in the content and structure of values: Theoretical advances and empirical tests in 20 countries. *Advances in experimental social psychology*, 25, 1-65.
- Schwartz, S. H. (1994). Are there universal aspects in the structure and contents of human values?. *Journal of social issues*, 50, 19-45.
- Seligman, M. E. (2004). *Authentic happiness: Using the new positive psychology to realize your potential for lasting fulfillment*. Simon and Schuster.
- Seligman, M. E. P., & Csikszentmihalyi, M. (2000). Positive psychology: An introduction. *American Psychologist*, 55, 5-14.
- Seligman, M. E., & Csikszentmihalyi, M. (2014). *Positive psychology: An introduction* (pp. 279-298). Springer Netherlands.
- Seligman, M. E., Steen, T. A., Park, N., & Peterson, C. (2005). Positive psychology progress: empirical validation of interventions. *American psychologist*, 60, 410-421.
- Seidl, E. M. F. (2001). *Pessoas que vivem com HIV/AIDS: configurando relações entre enfrentamento, suporte social e qualidade de vida*. Tese de Doutorado. Departamento de Enfermagem. Universidade de Brasília.
- Seidl, E. M. F., & Machado, A. C. A. (2008). Bem-estar psicológico, enfrentamento e lipodistrofia em pessoas vivendo com HIV/AIDS. *Psicologia em estudo*, 13, 239-247.
- Seidl, E. M. F., Melchíades, A., Farias, V., & Brito, A. (2007). Pessoas vivendo com HIV/AIDS: variáveis associadas à adesão ao tratamento anti-retroviral Persons living with HIV/AIDS: factors associated with adherence to antiretroviral. *Cadernos de Saúde Pública*, 23, 2305-2316.

- Seidl, E. M. F., Rossi, W. D. S., Viana, K. F., Meneses, A. K. F. D., & Meireles, E. (2005). Crianças e adolescentes vivendo com HIV/Aids e suas famílias: aspectos psicossociais e enfrentamento. *Psicologia: teoria e pesquisa*, *21*, 279-288.
- Seidl, E. M. F., Zannon, C. M. L. D. C., & Tróccoli, B. T. (2005). Persons living with HIV/AIDS: coping, social support and quality of life. *Psicologia: Reflexão e Crítica*, *18*, 188-195.
- Sharma, A., Sachdeva, R. K., Kumar, M., Nehra, R., Nakra, M., & Jones, D. (2014). Effects of lifetime history of use of problematic alcohol on HIV medication adherence. *Journal of the International Association of Providers of AIDS Care*, *13*, 450-453.
- Silva, R. A. R. D., Souza Neto, V. L. D., Oliveira, G. J. N. D., Silva, B. C. O. D., Rocha, C. C. T., & Holanda, J. R. R. (2016). Coping strategies used by chronic renal failure patients on hemodialysis. *Escola Anna Nery*, *20*, 147-154.
- Sin, N. L., & DiMatteo, M. R. (2014). Depression treatment enhances adherence to antiretroviral therapy: a meta-analysis. *Annals of Behavioral Medicine*, *47*, 259-269.
- Singh, N., Berman, S. M., Swindells, S., Justis, J. C., Mohr, J. A., Squier, C., & Wagener, M. M. (1999). Adherence of human immunodeficiency virus—infected patients to antiretroviral therapy. *Clinical Infectious Diseases*, *29*, 824-830.
- Siqueira, M. M. M., & Padovam, V. A. R. (2008). Bases teóricas de bem-estar subjetivo, bem-estar psicológico e bem-estar no trabalho. *Psicologia: teoria e pesquisa*, *24*, 201-209.
- Snyder, C. R. (1994). *The psychology of hope: You can get there from here*. New York: Free Press.

- Snyder, C. R., Rand, K. L., & Sigmon, D. R. (2002). Hope theory: A member of the positive psychology family. Em C. R. Snyder & S. J. Lopez, (Eds.), *Handbook of positive psychology*, 257-276. New York: Oxford University Press.
- Snyder, C. R. & Lopez, S. J. (2009). *Psicologia Positiva: Uma abordagem científica e prática das qualidades humanas* (R. C. Costa, trad.). São Paulo: Artmed.
- Soares, A. K. S., Lopes, G. S., Rezende, A. T., Ribeiro, M. G. C., dos Santos, W. S., & Gouveia, V. V. (2016). Escala de deseabilidade social infantil (EDSI): evidencias de validez factorial y fiabilidad. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 34, 383-394.
- Souza, R. V. L. (2015). *Explicando a civilidade: Contribuições das prioridades axiológicas e do priming valorativo*. Dissertação de Mestrado. Departamento de Psicologia. Universidade Federal da Paraíba, João Pessoa.
- Souza, R. V. L. D., Araújo, R. D. C. R., Gouveia, R. S. V., Coelho, G. L. D. H., & Gouveia, V. V. (2014). The positivity dimension of well-being: Adaptation and Psychometric evidence of a measure. *Paidéia (Ribeirão Preto)*, 24, 305-312.
- Spink, M. J. P., Medrado, B., Menegon, V. M., Lyra, J., & Lima, H. (2001). A construção da AIDS-notícia The making of AIDS news. *Cadernos de Saúde Pública*, 17, 851-862.
- Suls, J., David, J. P., & Harvey, J. H. (1996). Personality and coping: Three generations of research. *Journal of personality*, 64, 711-735.
- Sweeney, S. M., Mitzel, L. D., & Venable, P. A. (2015). Impact of HIV-related stigma on medication adherence among persons living with HIV. *Current Opinion in Psychology*, 5, 96-100.
- Tabachnick, B. G., & Fidell, L. S. (2007). Multivariate analysis of variance and covariance. *Using multivariate statistics*, 3, 402-407.
- Tamayo, A. & Schwartz, S.H. (1993). Estrutura motivacional dos valores humanos. *Psicologia: Teoria e Pesquisa*, 9, 329-348

- Tapp, J. T. (1985). *Multisystems holistic model of health, stress and coping*. Hillsdale: Lawrence Erlbaum Associates.
- Tosoli, A. M., Pinto, E. M., & Oliveira, D. C. (2011). Representaciones sociales del SIDA para personas que viven con HIV y sus interfaces cotidianas. *Revista Latinoamericana de Enfermagem*, *19*, 485-492.
- Tran, B. X., Nguyen, L. T., Do, C. D., Le Nguyen, Q., & Maher, R. M. (2014). Associations between alcohol use disorders and adherence to antiretroviral treatment and quality of life amongst people living with HIV/AIDS. *BMC public health*, *14*, 1-7.
- Troca, J. J. D. L. C. (2003). Adherencia y fallo terapéutico en el seguimiento de una muestra de sujetos VIH+: algunas hipótesis desde la psicología. *Psicothema*, *15*, 227-233.
- Unge, C., Södergård, B., Marrone, G., Thorson, A., Carter, J., ... & Ekström, A. M. (2010). Long-term adherence to antiretroviral treatment and program drop-out in a high-risk urban setting in sub-Saharan Africa: a prospective cohort study. *PLoS One*, *5*, 13613.
- Uthman, O. A., Magidson, J. F., Safren, S. A., & Nacheга, J. B. (2014). Depression and adherence to antiretroviral therapy in low-, middle-and high-income countries: a systematic review and meta-analysis. *Current HIV/AIDS Reports*, *11*, 291-307.
- Vaillant, G. E. (1994). Ego mechanisms of defense and personality psychopathology. *Journal of abnormal psychology*, *103*, 44-50.
- Valdiserri, R. O. (2002). HIV/AIDS stigma: an impediment to public health. *American Journal of Public Health*, *92*, 341-342.
- Vázquez, I. A., Rodríguez, C. F., & Álvarez, M. P. (1998). *Manual de Psicología de la Salud*. Pirámide: Madrid.

- Villarinho, M. V., Padilha, M. I., Berardinelli, L. M. M., Borenstein, M. S., Meirelles, B. H. S., & de Andrade, S. R. (2013). Políticas públicas de saúde face à epidemia da AIDS e a assistência às pessoas com a doença/Public health policies facing the epidemic of AIDS and the assistance for people with the disease/Políticas de salud pública para la epidemia del SIDA y la atención a personas con la enfermedad. *Revista Brasileira de Enfermagem*, *66*, 271-277.
- Vyas, K. J., Limneos, J., Qin, H., & Mathews, W. C. (2014). Assessing baseline religious practices and beliefs to predict adherence to highly active antiretroviral therapy among HIV-infected persons. *AIDS care*, *26*, 983-987
- Yeji, F., Klipstein-Grobusch, K., Newell, M. L., Hirschhorn, L. R., Hosegood, V., & Bärnighausen, T. (2014). Are social support and HIV coping strategies associated with lower depression in adults on antiretroviral treatment? Evidence from rural KwaZulu-Natal, South Africa. *AIDS care*, *26*, 1482-1489.
- Ying-Xia, Z., Golin, C. E., Jin, B., Emrick, C. B., Nan, Z., & Ming-Qiang, L. (2014). Coping strategies for HIV-related stigma in Liuzhou, China. *AIDS and Behavior*, *18*, 212-220.
- Young, S., Wheeler, A. C., McCoy, S. I., & Weiser, S. D. (2014). A review of the role of food insecurity in adherence to care and treatment among adult and pediatric populations living with HIV and AIDS. *AIDS and Behavior*, *18*, 505-515.
- Wasti, S. P., Simkhada, P., Randall, J., Freeman, J. V., & Van Teijlingen, E. (2012). Factors influencing adherence to antiretroviral treatment in Nepal: a mixed-methods study. *PloS one*, *7*, e35547.
- Watson, D., & Hubbard, B. (1996). Adaptational style and dispositional structure: Coping in the context of the Five-Factor model. *Journal of personality*, *64*, 737-774.
- Weaver, E. R. N., Pane, M., Wandra, T., Windiyaningsih, C., & Samaan, G. (2014).

- Factors that influence adherence to antiretroviral treatment in an urban population, Jakarta, Indonesia. *PloS one*, 9, 107543.
- Werner, E. E. (2013). What can we learn about resilience from large-scale longitudinal studies? In S. Goldstein & R. B. Brooks. (Eds.), *Handbook of Resilience in Children* (2<sup>o</sup> ed.), New York: Springer.
- Wilson, K. (2006). Adherence to antiretroviral therapy in sub-Saharan Africa and North America: a meta-analysis. *Jama*, 296, 679-690.
- World Health Organization, & UNAIDS. (2009). *AIDS epidemic update: December 2009*. WHO Regional Office Europe.
- Wood, A. M., Froh, J. J., & Geraghty, A. W. (2010). Gratitude and well-being: A review and theoretical integration. *Clinical psychology review*, 30, 890-905.
- Wu, A. W. (2000). Quality of life assessment comes of age in the era of highly active antiretroviral therapy. *Aids*, 14, 1449-1451.
- Zhang, L., Li, X., Lin, Z., Jacques-Tiura, A. J., Xu, J., Zhou, Y., ... & Stanton, B. (2016). Side effects, adherence self-efficacy, and adherence to antiretroviral treatment: a mediation analysis in a Chinese sample. *AIDS care*, 28, 919-926.

**ANEXOS**

## ANEXO 01 - ESCALA DE ADESÃO AO TRATAMENTO ARV

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

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

<b>Ruim</b>	<b>Um pouco ruim</b>	<b>Regular</b>	<b>Pode melhorar</b>	<b>Boa</b>

	<b>Nada</b>	<b>Pouco</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito</b>
6. Quanto você se esforça para seguir com o tratamento?					
7. Quanta informação você tem sobre os medicamentos que toma para o HIV?					
8. Quanto benefício pode lhe trazer o uso destes medicamentos?					
9. Considera que sua saúde melhorou desde que começou a tomar os medicamentos para o HIV?					
10. Até que ponto sente-se capaz de seguir com o tratamento?					
	<b>Não, nunca</b>	<b>Sim, alguma vez</b>	<b>Sim, aproximadamente metade das vezes</b>	<b>Sim, muitas vezes</b>	<b>Sim, sempre</b>
11. Normalmente está acostumado a tomar a medicação na hora certa?					
12. Quando os resultados dos exames são bons, seu médico costuma utilizá-los para lhe dar ânimo e motivação para seguir com o seu tratamento?					

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

<b>Muito insatisfeito</b>	<b>Insatisfeito</b>	<b>Indiferente</b>	<b>Satisfeito</b>	<b>Muito satisfeito</b>
---------------------------	---------------------	--------------------	-------------------	-------------------------

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

<b>Muito intensos</b>	<b>Intensos</b>	<b>Medianamente intensos</b>	<b>Pouco intensos</b>	<b>Nada intensos</b>
-----------------------	-----------------	------------------------------	-----------------------	----------------------

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

<b>Muito tempo</b>	<b>Bastante tempo</b>	<b>Regular</b>	<b>Pouco tempo</b>	<b>Nada de tempo</b>
--------------------	-----------------------	----------------	--------------------	----------------------

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

<b>Nada cumpridor</b>	<b>Pouco cumpridor</b>	<b>Regular</b>	<b>Bastante</b>	<b>Muito cumpridor</b>
-----------------------	------------------------	----------------	-----------------	------------------------

17. Quanta dificuldade tem para tomar a medicação?

<b>Muita dificuldade</b>	<b>Bastante dificuldade</b>	<b>Regular</b>	<b>Pouca dificuldade</b>	<b>Nenhuma dificuldade</b>
--------------------------	-----------------------------	----------------	--------------------------	----------------------------

	<b>Sim</b>	<b>Não</b>
18. Desde que está em tratamento, alguma vez deixou de tomar sua medicação um dia completo, ou mais de um?		
19. Utiliza-se de alguma estratégia para lembrar-se de tomar a medicação?		

## ANEXO 02 - QUESTIONÁRIO DOS VALORES BÁSICOS – QVB

Por favor, leia atentamente a lista de valores descritos a seguir, considerando seu conteúdo. Utilizando a escala de resposta abaixo, escreva um número ao lado de cada valor para indicar em que medida o considera importante como um **princípio que guia sua vida**.

1	2	3	4	5	6	7
Totalmente não Importante	Não Importante	Pouco Importante	Mais ou menos Importante	Importante	Muito Importante	Extremamente Importante

01. \_\_\_\_ **APOIO SOCIAL**. Obter ajuda quando a necessite; sentir que não está só no mundo.
02. \_\_\_\_ **ÊXITO**. Obter o que se propõe; ser eficiente em tudo que faz.
03. \_\_\_\_ **SEXUALIDADE**. Ter relações sexuais; obter prazer sexual.
04. \_\_\_\_ **CONHECIMENTO**. Procurar notícias atualizadas sobre assuntos pouco conhecidos; tentar descobrir coisas novas sobre o mundo.
05. \_\_\_\_ **EMOÇÃO**. Desfrutar desafiando o perigo; buscar aventuras.
06. \_\_\_\_ **PODER**. Ter poder para influenciar os outros e controlar decisões; ser o chefe de uma equipe.
07. \_\_\_\_ **AFETIVIDADE**. Ter uma relação de afeto profunda e duradoura; ter alguém para compartilhar seus êxitos e fracassos.
08. \_\_\_\_ **RELIGIOSIDADE**. Crer em Deus como o salvador da humanidade; cumprir a vontade de Deus.
09. \_\_\_\_ **SAÚDE**. Preocupar-se com sua saúde antes mesmo de ficar doente; não estar física ou mentalmente enfermo.
10. \_\_\_\_ **PRAZER**. Desfrutar da vida; satisfazer todos os seus desejos.
11. \_\_\_\_ **PRESTÍGIO**. Saber que muita gente lhe conhece e admira; quando velho receber uma homenagem por suas contribuições.
12. \_\_\_\_ **OBEDIÊNCIA**. Cumprir seus deveres e obrigações do dia a dia; respeitar seus pais, os superiores e os mais velhos.
13. \_\_\_\_ **ESTABILIDADE PESSOAL**. Ter certeza de que amanhã terá tudo o que tem hoje; ter uma vida organizada e planejada.
14. \_\_\_\_ **CONVIVÊNCIA**. Conviver diariamente com os vizinhos; fazer parte de algum grupo, como: social, esportivo, entre outros.
15. \_\_\_\_ **BELEZA**. Ser capaz de apreciar o melhor da arte, música e literatura; ir a museus ou exposições onde possa ver coisas belas.
16. \_\_\_\_ **TRADIÇÃO**. Seguir as normas sociais do seu país; respeitar as tradições da sua sociedade.
17. \_\_\_\_ **SOBREVIVÊNCIA**. Ter água, comida e poder dormir bem todos os dias; viver em um lugar com abundância de alimentos.
18. \_\_\_\_ **MATURIDADE**. Sentir que conseguiu alcançar seus objetivos na vida; desenvolver todas as suas capacidades.

**ANEXO 03 – BRIEF COPE SCALE (ESCALA BREVE DE COPING)**

INSTRUÇÕES. Estamos interessados em saber a maneira como você está tenta lidar com uma situação difícil. Cada item que segue trata de uma maneira específica de lidar com essa situação. Pedimos que avalie cada item separadamente, respondendo-o de acordo com a escala de resposta que segue. Responda as questões da forma mais sincera possível.

1 = Não tenho feito de jeito nenhum

2 = Tenho feito um pouco

3 = Tenho feito mais ou menos

4 = Tenho feito bastante

\_\_\_01. Tenho me dedicado ao trabalho ou outras atividades para me distrair.

\_\_\_02. Tenho concentrado meus esforços para fazer alguma coisa em relação à situação na qual me encontro.

\_\_\_03. Tenho dito a mim mesmo(a): “isto não é real”.

\_\_\_04. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me sentir melhor.

\_\_\_05. Tenho recebido apoio emocional de outras pessoas.

\_\_\_06. Estou desistindo de enfrentar a situação.

\_\_\_07. Tenho tomado alguma atitude para tentar melhorar a situação.

\_\_\_08. Tenho me negado a acreditar que essa situação tenha acontecido.

\_\_\_09. Tenho dito coisas para extravasar meus sentimentos desagradáveis.

\_\_\_10. Tenho recebido ajuda e conselhos de outras pessoas.

\_\_\_11. Tenho consumido álcool ou outras drogas/medicamentos para me ajudar a superar a situação.

\_\_\_12. Tenho tentado enxergar a situação de outra forma para fazê-la parecer mais positiva.

\_\_\_13. Tenho me criticado.

\_\_\_14. Tenho tentado criar uma estratégia em relação ao que fazer.

\_\_\_15. Tenho recebido conforto e compreensão de alguém.

\_\_\_16. Estou desistindo de tentar enfrentar a situação.

\_\_\_17. Tenho tentado enxergar algo de bom no que está acontecendo.

\_\_\_18. Tenho feito piadas sobre a situação.

\_\_\_19. Tenho feito coisas para pensar menos na situação como ir ao cinema, ver TV, ler, sonhar acordado(a), dormir ou ir às compras.

\_\_\_20. Tenho aceitado a realidade do fato acontecido.

\_\_\_21. Tenho expressado meus sentimentos negativos.

\_\_\_22. Tento tentado encontrar conforto em minha religião ou crenças espirituais.

\_\_\_23. Tenho tentado obter conselho ou ajuda com outras pessoas sobre o que fazer.

\_\_\_24. Tenho aprendido a conviver com esta situação.

\_\_\_25. Tenho pensado bastante sobre os passos que irei dar.

\_\_\_26. Tenho me culpado pelas coisas que aconteceram.

\_\_\_27. Tenho orado ou meditado.

\_\_\_28. Tenho ridicularizado a situação.

**ANEXO 04 – ESCALA DE POSITIVIDADE**

INSTRUÇÕES. A seguir, são apresentadas oito afirmações que tratam de características pessoais. Leia cada uma com atenção e, utilizando a escala de resposta que segue, indique o quanto concorda ou discorda com o fato de cada característica descrevê-lo.

1. Discordo totalmente
2. Discordo em parte
3. Nem concordo nem discordo
4. Concordo em parte
5. Concordo totalmente

01. \_\_\_ Eu tenho muita fé no futuro.
02. \_\_\_ Eu estou satisfeito com a minha vida.
03. \_\_\_ Geralmente os outros estão disponíveis para mim quando eu preciso deles.
04. \_\_\_ Tenho expectativas acerca do futuro com esperança e entusiasmo.
05. \_\_\_ No geral, estou satisfeito comigo mesmo.
06. \_\_\_ Às vezes, o futuro não parece claro para mim.
07. \_\_\_ Eu sinto que tenho muitas coisas para me orgulhar.
08. \_\_\_ Eu geralmente sinto-me confiante comigo mesmo.

## ANEXO 05 – QUESTIONÁRIO SOBRE A EVOLUÇÃO DA INFECÇÃO POR HIV

Há quanto tempo sabe que é portador do HIV? \_\_\_\_\_

Há quanto tempo está em uso do coquetel? \_\_\_\_\_

Já interrompeu o uso do coquetel por conta própria?  Não  Sim, \_\_\_\_\_ vezes

Se sim, qual o(s) motivo(s)?

Se sim, por quanto tempo você ficou sem usar o coquetel em cada uma das vezes?

Contaminação HIV:  Sexo heterossexual  Sexo homossexual  Drogas injetáveis  
 Transm. vertical  Transf. sanguínea  Acidente de trabalho  Não sabe

Já foi acometido por doenças oportunistas?  Não  Sim. Citar abaixo por qual(is):

- 1) \_\_\_\_\_
- 2) \_\_\_\_\_
- 3) \_\_\_\_\_
- 4) \_\_\_\_\_
- 5) \_\_\_\_\_

Já foi internado pelo HIV ou doença oportunista?  Não  Sim, \_\_\_\_\_ vezes

Você acha que sua religião/religiosidade ajuda ou dificulta você aceitar a doença?

Ajuda  Dificulta  Não interfere  Não é religioso

**ANEXO 06 – QUESTIONÁRIO SOCIODEMOGRÁFICO**

1. Idade \_\_\_\_\_ anos

2. Sexo:  Masculino       Feminino.3. Estado civil:  Solteiro       Casado/União estável       Separado/Divorciado       Viúvo4. Orientação sexual:  Heterossexual       Homossexual       Bissexual       \_\_\_\_\_5. Religião:  Católica       Evangélica       Espírita       Outra: \_\_\_\_\_6. Em que medida você se considera religioso? (**circule um número**):

1	2	3	4	5
Nada religioso	Pouco religioso	Medianamente religioso	Muito religioso	Totalmente religioso

7. Escolaridade:  Analfabeto       Alfabetizado       Fundamental       Médio  
 Superior Completo       Superior Incompleto       Pós-graduação

8. Qual sua profissão: \_\_\_\_\_

9. Está trabalhando atualmente:  Não       Sim, ocupação: \_\_\_\_\_10. Em comparação com as pessoas da cidade em que vive, você se considera de qual classe social? (**circule um número**):

1	2	3	4	5
Classe baixa	Classe média baixa	Classe média	Classe média alta	Classe alta

## ANEXO 07 – TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS HUMANAS, LETRAS E ARTES  
DEPARTAMENTO DE PSICOLOGIA  
PROGRAMA DE PÓS GRADUAÇÃO EM PSICOLOGIA SOCIAL  
MESTRADO EM PSICOLOGIA SOCIAL

### Termo de Consentimento Livre e Esclarecido

**Título do estudo:** Adesão ao Tratamento Antirretroviral: Uma Explicação Pautada nos Valores Humanos, no Coping e na Positividade.

**Pesquisador(es) responsável(is):** Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia e Tátil Rayane de Sampaio Brito.

**Instituição/Departamento:** Universidade Federal da Paraíba/Departamento de Psicologia/Programa de Pós Graduação em Psicologia Social

**Local da coleta de dados:** Hospital de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga

Prezado(a) Senhor(a):

- Você está sendo convidado(a) a responder às perguntas deste questionário de forma totalmente **voluntária**. Antes de concordar em participar desta pesquisa e responder este questionário, é muito importante que você compreenda as informações e instruções contidas neste documento. Os pesquisadores deverão responder todas as suas dúvidas antes que você se decida a participar. Você tem o direito de **desistir** de participar da pesquisa a qualquer momento, sem nenhuma penalidade e sem perder os benefícios aos quais tenha direito.

**Objetivo do estudo:** Verificar o poder explicativo dos valores humanos, da positividade e do coping na adesão ao tratamento ARV.

**Procedimentos.** Sua participação nesta pesquisa consistirá apenas no preenchimento deste questionário, respondendo às perguntas formuladas que abordam o objetivo desse estudo.

**Benefícios.** Esta pesquisa trará maior conhecimento sobre o tema abordado, sem benefício direto para você.

**Riscos.** O preenchimento deste questionário não representará qualquer risco de ordem física ou psicológica para você.

**Sigilo.** As informações fornecidas por você terão sua privacidade garantida pelos pesquisadores responsáveis. Os sujeitos da pesquisa não serão identificados em nenhum momento, mesmo quando os resultados desta pesquisa forem divulgados em qualquer forma.

Ciente e de acordo com o que foi anteriormente exposto, eu

\_\_\_\_\_, estou de acordo em participar desta pesquisa, assinando este consentimento em duas vias, ficando com a posse de uma delas.

Local e data

\_\_\_\_\_

Declaro que obtive de forma apropriada e voluntária o Consentimento Livre e Esclarecido deste sujeito de pesquisa ou representante legal para a participação neste estudo.

João Pessoa, \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_ de \_\_\_\_\_.

\_\_\_\_\_  
Pesquisador responsável

Se você tiver alguma consideração ou dúvida sobre a ética da pesquisa, entre em contato:

Comitê de Ética em Pesquisa - CCS - Centro de Ciências da Saúde – UFPB.

Campus I - Cidade Universitária CEP: 58.051-900 - João Pessoa-PB. (83) 3216 7791.

(eticaccsufpb@hotmail.com).

## ANEXO 08 – CARTA DE ANUÊNCIA DA INSTITUIÇÃO



GOVERNO DO ESTADO DA PARAÍBA  
SECRETARIA DE SAÚDE  
COMPLEXO HOSPITALAR DE DOENÇAS  
INFECTOCONTAGIOSAS DR. CLEMENTINO FRAGA  
CNPJ 08.778.268/0005-94

Rua Ester Borges Bastos, s/n, Jaguaribe, João Pessoa-PB, CEP: 58015-270  
Fone: (83) 3218-5415 – Fax: (83) 3218-5416



## TERMO DE ANUÊNCIA

Declaro para os devidos fins de direito que estamos de acordo com a execução da pesquisa intitulada "ASPECTOS POSITIVOS, VALORES HUMANOS E ADESÃO À TERAPIA ANTIRRETROVIRAL ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS", que será realizada pelo médico Ricardo Henrique de Sousa Araújo e pela psicóloga Tátilla Rayane de Sampaio Brito, sob orientação do Prof. Dr. Valdiney Veloso Gouveia (Programa de Pós-Graduação em Psicologia Social, Universidade Federal da Paraíba), o qual terá apoio desta Instituição - Complexo Hospitalar de Doenças Infectocontagiosas Clementino Fraga, CNPJ 08 778 268/0005-94.

Esta Instituição está ciente de suas corresponsabilidades como Instituição Coparticipante do presente projeto de pesquisa, e de seu compromisso em verificar seu desenvolvimento para que se possa cumprir os requisitos da Resolução CNS 466/2012 e suas Complementares, como também, no resguardo da segurança e bem-estar dos participantes da pesquisa nela recrutados, dispondo de infraestrutura necessária para a garantia de tal segurança e bem-estar.

João Pessoa, 17 de agosto de 2015

Assinatura e carimbo do responsável institucional

Ana Maria F. de Paiva  
Diretora Técnica - Mat 51452  
Complexo Hospitalar Dr  
Clementino Fraga-CHCF

**ANEXO 09 – APROVAÇÃO DO COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA**

UNIVERSIDADE FEDERAL DA PARAÍBA  
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE  
COMITÊ DE ÉTICA EM PESQUISA

**CERTIDÃO**

Certifico que o Comitê de Ética em Pesquisa do Centro de Ciências da Saúde da Universidade Federal da Paraíba – CEP/CCS aprovou por unanimidade na 10ª Reunião realizada no dia 19/11/2015, o Projeto de pesquisa intitulado: **“ASPECTOS POSITIVOS, VALORES HUMANOS E ADESÃO AO TRATAMENTO ANTIRRETROVIRAL ENTRE PESSOAS VIVENDO COM HIV/AIDS”**, do pesquisador Valdiney Veloso Gouveia. Prot. nº 0483/15. CAAE: 48703315.7.0000.5188.

Outrossim, informo que a autorização para posterior publicação fica condicionada à apresentação do resumo do estudo proposto à apreciação do Comitê.

  
Andrea Márcia da C. Lima  
Mat. SIAPE 1117510  
Secretária do CEP-CCS-UFPB